



Liliana Carolina
Tavares Barca

Necessidades das pessoas com doença mental num Hospital de Dia de Psiquiatria

Focos Ingestão Nutricional, Fazer Exercício e
Adesão ao Regime Medicamentoso

Relatório do Trabalho de Projeto realizado no âmbito
do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria

Maio, 2013



Liliana Carolina
Tavares Barca

Necessidades das pessoas com doença mental num Hospital de Dia de Psiquiatria

Focos Ingestão Nutricional, Fazer Exercício e
Adesão ao Regime Medicamentoso

Relatório do Trabalho de Projeto realizado no âmbito
do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria para candidatura ao grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria, sob a orientação do Professor Doutor
Joaquim Lopes

Maio, 2013

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que possibilitaram a concretização deste projeto de aprendizagem:

- Aos Professores Joaquim Lopes e Lino Ramos pela orientação, empenho e disponibilidade proporcionados;

- Às enfermeiras orientadoras de estágio e às equipas multidisciplinares dos locais de estágio pela orientação, promoção de situações de aprendizagem e esclarecimento de dúvidas;

- Aos utentes pela colaboração;

- Aos colegas deste curso pela partilha realizada;

- Aos familiares e amigos pelo apoio e motivação.

RESUMO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria elaborou-se um projeto de intervenção em serviço (PIS) e um projeto de aprendizagem clínica (PAC) visando a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (CEEEESM) e das Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (CMESMP).

O PIS baseou-se na Metodologia de Projeto e suas etapas. Na Etapa Diagnóstica identificaram-se as necessidades dos utentes de um hospital de dia de psiquiatria da região de Lisboa, sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental. Identificaram-se como focos de enfermagem a Ingestão Nutricional, o Fazer Exercício e a Adesão ao Regime Medicamentoso. Na Etapa de Planeamento delinearam-se, suportadas na evidência, as intervenções que decorreram no contexto de uma consulta individual de enfermagem, criada por nós no serviço para dar resposta aos focos identificados. Na Etapa de Execução descreveram-se as intervenções efetuadas. Na Etapa de Avaliação avaliaram-se o processo e o produto final da consulta em matéria de ganhos em saúde. Para a Etapa de Divulgação elaborou-se um artigo relativo PIS implementado.

As intervenções realizadas sustentaram-se na Teoria das Relações Interpessoais, no Processo de Aconselhamento e no Modelo Transteórico. A consulta sistematizou-se com base no processo de enfermagem: os diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem definiram-se a partir da CIPE® Versão 2 e os indicadores de avaliação basearam-se na Classificação dos Resultados de Enfermagem. Os resultados esperados foram maioritariamente atingidos e o processo de implementação da consulta bem sucedido.

A aquisição das CCEE explicitou-se em ligação ao PIS.

O PAC desenvolveu-se em ligação às CEEESM e a aquisição das CMESMP foi aí explicitada em sinergia ao realizado no PIS.

A concretização do PIS e do PAC permitiu atingir o objetivo proposto.

Palavras-chave: Competências; Projeto de intervenção em serviço; Projeto de aprendizagem clínica; Consulta de enfermagem; Metodologia de projeto.

ABSTRACT

Within the 1st Masters course in Psychiatry and Mental Health Nursing, an intervention project in service (IPS) and a draft clinical learning (DCL) were elaborated for the acquisition of Common Competencies of Specialist Nurse (CCSN), Specific Competencies of Specialist Nurse in Mental Health (SCSNMH) and Master's Competencies in Psychiatry and Mental Health Nursing (MCPMHN).

The IPS was based on Project Methodology and its stages. In Step Diagnostic Survey, the needs of inpatients of a psychiatric day hospital in the Lisbon region, sensitive to specialized care of mental health nursing, were identified. The nursing foci identified were Nutritional Intake, Doing Exercise and the Adherence to Medication Regimen. In Step Planning were outlined, based on evidence, the interventions that took place in an individual nursing consultation, created by us in the service to respond to identified foci. In Step Execution were described interventions in nursing consultation. In Step Assessment was evaluated the process and the end product of consultation in terms of health gains. An article related to the IPS implemented was elaborated for Step Divulagation.

The consultation held up on the Theory of Interpersonal Relations, on Counseling Process and on Transtheoretical Model. The consultation was systematized from nursing process: diagnosis, expected outcomes and nursing interventions were defined from the ICNP ® Version 2 and the evaluation indicators were based on the Nursing Outcomes Classification. The expected results were mostly achieved and implementation process of consultation was successful.

The acquisition of CCSN was explained in connection to the IPS.

The DCL was developed in connection to the SCSNMH and the acquisition of the MCPMHN was explicated in synergy with the accomplished stages in the IPS.

It has been found that the embodiment of the IPS and the DCL allowed it to reach the proposed aim.

Keywords: Competencies; Intervention project in service; Draft learning clinic; Nursing consultation; Project methodology.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO	8
1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)	9
1.1- PROBLEMÁTICA	9
1.2 – CONTEXTO DO ESTÁGIO	15
1.3 - QUESTÃO DO PIS	22
1.4 - OBJETIVOS DO PIS	22
1.5 - ETAPA DIAGNÓSTICA	22
1.5.1 - Procedimentos éticos e deontológicos	26
1.5.2 - Apresentação e análise dos resultados	26
1.5.3 - Identificação de focos de atenção de enfermagem	30
1.5.4 - Diagnóstico de situação	33
1.6 - ETAPA DE PLANEAMENTO	35
1.6.1 - Evidência das intervenções nos focos de enfermagem	37
1.6.2 - Planeamento da intervenção	43
1.6.2.1 - TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	46
1.6.2.2 - PROCESSO DE ACONSELHAMENTO	49
1.6.2.3 - MODELO TRANSTEÓRICO	52
1.7 - ETAPA DE EXECUÇÃO	55
1.7.1 - A implementação da consulta de enfermagem	57
1.8 - ETAPA DE AVALIAÇÃO	71
1.8.1 - Avaliação dos resultados da consulta de enfermagem	72
1.8.2 - Avaliação da implementação da consulta de enfermagem	84
1.9 - ETAPA DE DIVULGAÇÃO	87
2 – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	89
3 - PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)	92
4 - PROJETOS FUTUROS	124
5 – CONCLUSÃO	125

BIBLIOGRAFIA	129
APÊNDICE 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO INTERNADA NO HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DA REGIÃO DE LISBOA	135
APÊNDICE 2 – CONSENTIMENTO ESCLARECIDO	136
APÊNDICE 3 – GUIÃO DE ENTREVISTA	138
APÊNDICE 4 – ARTIGO RELATIVO AO PIS	140

ÍNDICE DE QUADROS

Pág

QUADRO 1 – Planeamento da Etapa Diagnóstica	24
QUADRO 2 – Planeamento da intervenção	36
QUADRO 3 – Planeamento da Etapa de Execução	57
QUADRO 4 – Diagnósticos e resultados esperados para o foco Ingestão Nutricional relativos a Rita	59
QUADRO 5 – Diagnósticos e resultados esperados para o foco Fazer Exercício relativos a Rita.....	61
QUADRO 6 – Diagnósticos e resultados esperados para o foco Adesão ao Regime Medicamentoso relativos a Francisco.....	64
QUADRO 7 – Diagnósticos e resultados esperados para o foco Fazer Exercício relativos a Francisco.....	67
QUADRO 8 – Diagnósticos e resultados esperados para o foco Ingestão Nutricional relativos a Francisco	69
QUADRO 9 – Planeamento da Etapa de Avaliação.....	72
QUADRO 10 – Resultados de enfermagem e seus indicadores para o foco Ingestão Nutricional relativos a Rita.....	73
QUADRO 11 – Resultados de enfermagem e seus indicadores para o foco Fazer Exercício relativos a Rita	76
QUADRO 12 – Resultados de enfermagem e seus indicadores para o foco Adesão ao Regime Medicamentoso relativos a Francisco	78
QUADRO 13 – Resultados de enfermagem e seus indicadores para o foco Fazer Exercício relativos a Francisco	79
QUADRO 14 – Resultados de enfermagem e seus indicadores para o foco Ingestão Nutricional relativos a Francisco	81
QUADRO 15 – Planeamento da Etapa de Divulgação	88
QUADRO 16 – Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas	89

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Projeto, elaborado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, foi desenvolvido a partir da realização de um projeto de intervenção em serviço (PIS), que decorreu no contexto de estágio num hospital de dia de psiquiatria da região de Lisboa, sob a orientação do Professor Joaquim Lopes e de uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do serviço, e a partir de um projeto de aprendizagem clínica (PAC).

O estágio decorreu entre 26 de setembro de 2011 e 11 de julho de 2012, correspondendo a 864 horas, num total de 32 ECTS.

O objetivo geral deste relatório, documento no qual se relata o Trabalho de Projeto, é demonstrar a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e das Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria através do desenvolvimento do PIS e do PAC.

Este documento encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo é atribuído ao PIS e suas etapas. O segundo capítulo aborda a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em ligação ao PIS. O terceiro capítulo aborda o PAC sendo essa aprendizagem analisada em ligação às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, tendo sido a aquisição das Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria aí explicitada em sinergia ao realizado no PIS. O quarto capítulo refere-se aos projetos futuros. O último capítulo é o referente à conclusão.

Ao longo deste relatório será utilizada para a referência bibliográfica a Norma Portuguesa 405 apresentada no final do trabalho pela ordem com que foi convocada para o texto.

1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

Este trabalho decorreu de acordo com a Metodologia de Projeto a qual “é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra apud 1, p.3). É uma metodologia centrada na resolução de problemas, na qual se procede à elaboração de um projeto e à sua concretização numa situação real, estando ligada à investigação (Guerra apud 1). A Metodologia de Projeto “é uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas. A própria população destinatária do projeto é envolvida como sujeito ativo o que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade” (1, p.5).

Relativamente às suas fases, esta metodologia pode dividir-se da seguinte forma: elaboração do **Diagnóstico** de situação, **Planificação** das atividades, meios e estratégias, **Execução** das atividades planeadas, **Avaliação**, e **Divulgação** dos resultados obtidos. (1)

Neste sentido será abordada, previamente, a problemática inerente ao projeto em questão para, seguidamente, o desenvolver ao longo das suas etapas.

1.1- PROBLEMÁTICA

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde, emitido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, a prestação de cuidados às pessoas com perturbações mentais crónicas com base na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida dessas pessoas que o tratamento institucional. Para além disso, refere que também tem benefícios ao nível dos custos e do respeito pelos direitos humanos. Neste sentido, a OMS insta os países desenvolvidos a substituir os grandes hospitais psiquiátricos por serviços de cuidados na comunidade, apoiados por camas psiquiátricas em hospitais gerais e cuidados domiciliários para resposta às necessidades dos doentes. (2)

Na Declaração Europeia de Saúde Mental, assinada em 2005 pelo Governo Português, em Helsínquia, os Ministros da Saúde da União Europeia comprometeram-se, entre outros aspetos, a desenvolver esses serviços com base na comunidade para prestarem os cuidados providos pelas grandes instituições psiquiátricas, substituindo-as(3).

No entanto, em Portugal, tal como informa o Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016, estudos realizados no âmbito desse plano indiciam insuficiências graves nos serviços de saúde mental no que respeita à acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados, verificando-se que o internamento continua a consumir a maioria dos recursos, apesar das intervenções na comunidade serem mais efetivas, sendo uma consequência desta distribuição de recursos o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade (3).

Tendo em conta que a abordagem da saúde mental dá cada vez mais ênfase à promoção da autonomia e à integração social dos doentes de modo à sua manutenção na comunidade residencial em vez do seu confinar a instituições psiquiátricas (3), a reabilitação psicossocial destes doentes é essencial para a sua desinstitucionalização.

Para além disso, neste contexto, a OMS, no Relatório Mundial de Saúde de 2001, descreve a medicação, a psicoterapia e a reabilitação psicossocial como três ingredientes fundamentais nos cuidados (2).

A legislação portuguesa de saúde mental abrange disposições claras sobre o papel dos hospitais psiquiátricos nesta fase de transição pelo que, para garantir uma implementação adequada dessas disposições, as atividades desenvolvidas, tal como refere o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, devem reger-se pelos princípios da evidência científica disponível relativa à efetividade dos diversos modelos de intervenção, à defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental e às necessidades prioritárias de cuidados das populações (3).

Tendo em conta este novo modelo preconizado, nomeadamente em Portugal, para os cuidados em saúde mental e o trabalho em enfermagem ter também como objetivo de atuação a recuperação da autonomia das pessoas com transtornos psiquiátricos, com vista ao restabelecimento da sua capacidade para gerir a sua vida, reinserindo-as socialmente (4), a transição do doente mental para a comunidade tem como aliadas as intervenções de enfermagem que promovem a participação dessas pessoas na vida comunitária.

No estudo efetuado por Kirschbaum e Paula (4), os hospitais de dia são descritos como serviços alternativos à hospitalização, reduzindo o tempo de internamento; como continuação imediata ao internamento integral numa transição gradual para a comunidade; como complemento do tratamento de ambulatório; ou como programa de reabilitação para utentes que requerem cuidados intensivos. Neste sentido, pode depreender-se que os hospitais de dia são locais privilegiados para ações de reabilitação psicossocial, tal como referido anteriormente, importantes para a reintegração social, através do desenvolvimento

de intervenções de promoção de competências sociais que permitam a vivência dos utentes na comunidade.

Nesse mesmo estudo, os autores supracitados referem algumas das intervenções de âmbito psicossocial realizadas por profissionais de enfermagem, nomeadamente relativas ao autocuidado, à medicação, às atividades de vida diária como a alimentação e o uso de transportes e ao estímulo da capacidade de comunicação.

Para além disso, é feita referência ao facto de se acreditar que os sintomas psiquiátricos e a medicação provocam dificuldades no paciente em desempenhar as atividades sociais (Bandeira apud 4).

Num estudo efetuado num hospital de dia de psiquiatria, por Lima e Botega (5), a 34 utentes cujos os diagnósticos predominantes foram os transtornos afetivos (44,1%), seguidos dos esquizofrénicos (23,5%), para 1/3 dos utentes foram feitos diagnósticos clínicos adicionais, sendo os problemas endócrinos os mais frequentes (diabetes mellitus e alterações de função tiroideia).

Nesse estudo foram aplicados para a sintomatologia psiquiátrica a *Brief Psychiatric Rating Scale* e para a incapacidade psicossocial a *Psychiatric Disability Assessment Schedule*. Verificou-se que nesses utentes a sintomatologia psiquiátrica mais frequente foi a ansiedade (50%), tensão (47,1%) e humor deprimido (42%). Relativamente à incapacidade psicossocial o “isolamento social” e a “diminuição de atividades gerais” e “domésticas” foram os aspetos que se mostraram alterados com maior frequência, sendo que o “interesse em obter trabalho” e o “interesse em informações gerais” também manifestaram alterações importantes.

Relativamente à evolução e alta dos utentes desse estudo, analisou-se que a evolução com melhoria dos utentes se associou positivamente ao rendimento *per capita*, levando a ponderar que maior disponibilidade para uso de fármacos, maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, melhores condições de vida, entre outros, poderiam ser fatores subjacente a esse rendimento.

Outro aspeto a ter em consideração é o facto de atualmente existir uma lacuna na mortalidade de pessoas com doença mental em países com recursos elevados, de 15 anos para as mulheres e 20 anos para os homens, relativamente à restante população. Estas taxas de mortalidade elevadas são associadas à elevada ocorrência de fatores de risco para muitas doenças crónicas e alguns tipos de cancro; a efeitos iatrogénicos de alguma

medicação psiquiátrica; a elevadas taxas de suicídio, morte acidental e violenta; e ao acesso mais pobre a cuidados de saúde físicos que a restante população. (6)

Neste sentido é referido que fatores relacionados com o estilo de vida têm efeitos adversos na saúde física dos doentes mentais, como as baixas taxas de exercício associadas a altas taxas de obesidade (6). Esta combinação com altas taxas de fumadores e piores dietas (Mccreadie, 2003 apud 6) contribuem para taxas elevadas de hipertensão, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes e obesidade (Leucht et al, 2007 apud 6).

Para além disso, apenas 80% das pessoas com esquizofrenia morrem de causas naturais quando comparado com os 97% da população geral, sendo essas mortes não naturais atribuídas principalmente a acidentes e suicídio, especialmente em adultos jovens (Inskip, Harris e Barraclough, 1998; Tiihonen et al, 2009 apud 6).

Por outro lado, pessoas com doença mental têm menor probabilidade de receber um rastreio eficaz para o cancro e têm maiores taxas de letalidade, devendo-se isto em parte aos desafios particulares no tratamento destes doentes, incluindo comorbilidades, interações medicamentosas, a falta de capacidade e dificuldades no enfrentar do tratamento, resultantes de sintomas psiquiátricos (Howard et al, 2010 apud 6). Acrescenta-se que isto acontece porque os profissionais de saúde em geral estão pouco informados ou atribuem sintomas físicos a alterações mentais (Desai et al, 2002 apud 6), podendo esta falta de acesso a cuidados de saúde físicos efetivos ser considerada uma forma de discriminação estrutural (Thornicroft et al, 2009 apud 6).

No que concerne à situação em Portugal relativamente aos problemas de saúde mental e necessidades de cuidados das populações, de acordo com o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental para 2007-2016, verificou-se uma associação entre morbilidade psiquiátrica geral e determinantes de saúde num estudo efetuado pela Eurobarometer (2003). Em Portugal encontrou-se uma prevalência de 29,8% de casos positivos, com uma associação estatisticamente significativa para o sexo feminino (40,7 %), idade superior a 65 anos (49,7%), viuvez (56,1%), reforma (50,7%) e baixo suporte social (44,7%) (7).

Outro estudo relativo à prevalência de morbilidade psiquiátrica a nível dos serviços de psiquiatria evidenciou: em ambulatório perturbações depressivas (21,5%), perturbações neuróticas (12,4%), esquizofrenia (12,4%) e reações de ajustamento (10,5%); em unidades de internamento esquizofrenia (36,2%), oligofrenia (28,1%), perturbações associadas ao álcool (7,0%), perturbações afetivas sem depressão (5,4%), síndromes

demenciais (5,3%) e perturbações depressivas (4,9%); em serviços de urgência perturbações associadas ao álcool (21,3%), perturbações depressivas (20,2%), perturbações neuróticas (12,2%) e reações de ajustamento (9,2%) (Bento, 2003 apud 7).

Estudos de avaliação de necessidades em Portugal relativos aos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia, demonstraram um grau muito mais elevado de necessidades não cobertas, em relação aos restantes países europeus, nas áreas de intervenção psicossocial e reabilitação (Xavier et al, 2002; Kovess et al, 2006 apud 7).

Estudos relativos à existência de sintomas depressivos revelaram uma existência significativa em 16,9%-18,4% da população avaliada (Vaz Serra, 1987, 1989; Seabra e Cruz, 1991 apud 7), sendo que a nível dos cuidados de saúde primários se detetou uma prevalência de 31,6% (Resina et al, 1989 apud 7).

Apesar de Portugal apresentar umas das taxas mais baixas de suicídio em relação à União Europeia (5,1% em 2000) (OMS, 2003 apud 7), estudos realizados na área de Coimbra demonstraram uma incidência relativamente elevada em relação ao parasuicídio, nomeadamente em mulheres com menos de 25 anos, surgindo como determinantes o divórcio recente e o desemprego (Saraiva et al, 1996, 1998 apud 7). Encontrou-se também uma associação significativa entre o parasuicídio e a depressão major, abuso de álcool, esquizofrenia e perturbação borderline da personalidade (Castro et al, 1998 apud 7).

Em relação a perturbações do comportamento alimentar estudos efetuados na Grande Lisboa demonstraram prevalências elevadas de anorexia (0,37%), síndromes parciais (12,6%), perturbação da imagem corporal sem perda de peso (7%), obesidade (15,3%), tendo uma forte correlação positiva com as classes sociais mais altas (Carmo et al, 2001 apud 7).

O consumo de álcool em Portugal, embora esteja a diminuir (10,8 em 2000), é dos mais elevados em relação ao consumo per capita no mundo. O primeiro contacto com bebidas alcoólicas acontece por volta dos 11 anos, predominando até aos 25 anos o consumo de cerveja e bebidas destiladas, sendo de enfatizar que o consumo na faixa dos 15-17 anos está a aumentar desde 1996 (Dias et al, 2002, apud 7).

O consumo de drogas é também um problema em Portugal, sendo o cannabis a substância mais difundida. A heroína é a substância mais associada a problemas sanitários e judiciais. Mantém-se o aumento de policonsumos desde 2000, com a associação de heroína-cocaína, especialmente ligada ao nível socioeconómico e escolar mais baixo, e a associação entre cannabis e ecstasy, particularmente em consumidores mais jovens e com

melhor nível socioeconómico. (Emcdda, 2005 apud 7). Verifica-se também que o consumo de drogas ocorre com maior intensidade nas áreas metropolitanas de Lisboa, Setúbal e Porto (7).

O Conselho Nacional de Saúde Mental (8), no relatório da Comissão Especializada para a Reabilitação Psicossocial, considerou que a implementação de programas de reabilitação em Portugal é muito fraca face às necessidades e está centralizada nos maiores centros urbanos (Lisboa e Porto). Para além disso, verificou que existe necessidade de renovar os conteúdos dos programas de reabilitação existentes de modo a possibilitar uma maior individualização e flexibilidade para adaptação aos interesses de cada um dos utentes. Relativamente à área profissional detetou preocupações relacionadas com a diversificação dos cursos disponíveis, os apoios à inserção da pessoa com doença mental de acordo com as suas necessidades e preferências, bem como na adequação dos apoios para a procura e manutenção do emprego.

Para além disso, o Conselho Nacional de Saúde Mental (8) identificou a ausência de recursos para a prestação de apoios integrados e individualizados no contexto domiciliário ou familiar, com vista a evitar o isolamento em casa e a proporcionar qualidade de vida, como ao nível da gestão de recursos financeiros, do relacionamento interpessoal e manutenção da casa. Do mesmo modo, identificou essas necessidades no apoio à participação na comunidade, ou seja, maior informação e acesso aos recursos e serviços já existentes e implementação de um sistema de suporte comunitário em todo o país. Foi feita referência também às dificuldades na obtenção de novos acordos de cooperação de articulação entre Centros Distritais e Administrações Regionais de Saúde em diversos distritos do país, pelo que a promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde e da Segurança Social foi uma das recomendações, de modo a melhorar as respostas de reabilitação e integração psicossocial das pessoas com doença mental.

Perante as necessidades de apoios na comunidade para a pessoa com doença mental em Portugal é importante a promoção da sua autonomia e reinserção social durante a sua frequência nos serviços de saúde, incluindo nos hospitais de dia. Para isso é essencial uma avaliação das necessidades dessas pessoas dentro de cada contexto, de forma individualizada, tendo em conta as necessidades em cuidados já analisadas em Portugal e as evidências encontradas dessas necessidades para as pessoas portadoras de doença mental em geral.

Sendo assim, a avaliação das necessidades dos utentes de um hospital de dia de psiquiatria da região de Lisboa, que se propôs fazer, com vista à intervenção no sentido da satisfação dessas necessidades, poderá ser uma ação proveitosa para a promoção da autonomia e reinserção social destes utentes indo ao encontro do previsto no Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016. Para além disso, os resultados da avaliação inicial das necessidades quando comparados com os resultados após as intervenções direcionadas para essas necessidades constituirão resultados em saúde mental dos utentes, estando de acordo com o afirmado no Relatório Mundial de Saúde de 2001, de que os resultados em saúde mental devem ser avaliados e monitorizados, de forma a possibilitar decisões ajustadas continuamente, para fazer face a novos desafios (2).

1.2 – CONTEXTO DO ESTÁGIO

O estágio foi realizado num hospital de dia de psiquiatria da região de Lisboa. Este hospital de dia é uma unidade de internamento parcial que funciona todos os dias úteis no horário das 8h às 16h. Tem uma lotação de 20 utentes.

A equipa

A equipa é multidisciplinar e é constituída pelos seguintes elementos fixos: uma Enfermeira Chefe, duas Enfermeiras a tempo inteiro, dois Médicos Psiquiatras a tempo inteiro, duas Psicólogas Clínicas a tempo inteiro e uma Terapeuta Ocupacional a tempo parcial.

Para além destes elementos fixos participam no trabalho de equipa profissionais em fase formação: médicos internos de psiquiatria e estagiários de psicologia e enfermagem, por períodos variáveis.

A equipa tem apoio dos serviços de ação social e administrativos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital.

Conta ainda com a colaboração de uma médica psiquiatra (grupanalista) na supervisão do trabalho de médicos internos de psiquiatria e estagiários de psicologia, que realizam psicoterapia individual a utentes nesse Hospital de Dia.

A equipa reúne-se várias vezes por semana para discutir várias problemáticas relacionadas com os utentes e definir um plano terapêutico para cada um deles.

O funcionamento da equipa é como o funcionamento de um grupo que, embora não sendo terapêutico, tem similaridades com um grupo grupalítico (Neto e Centeno, 2005 apud 9). Não são feitas interpretações dos seus elementos mas há um estimular da curiosidade e o levantamento de questões, tendo qualquer elemento a liberdade de intervir, gerando-se a apresentação de diferentes perspetivas sobre a mesma realidade observada. A equipa fixa tem a função de ouvir e facilitar a discussão, elaborando e sintetizando informação complexa. Depois da exploração, são tomadas decisões baseadas no profundo respeito pela opinião de cada membro (9).

Caracterização da população

Tendo em conta que o período de estágio no Hospital de Dia foi prolongado e a população e suas características variam com as admissões e altas, a caracterização sociodemográfica efetuada remeteu-se para o momento imediatamente anterior à aplicação do instrumento de colheita de dados utilizado na Etapa Diagnóstica, podendo analisar-se em síntese na tabela do APÊNDICE 1. Após a colheita de dados verificou-se que a maioria dos utentes é do sexo feminino, solteira e sem filhos. A maioria vive sozinha, com companheiro ou com os filhos, habitando em casa própria (arrendada ou não) ou em quarto arrendado. É de destacar, tendo em conta uma idade média de 36 anos, que um número significativo de utentes vive com os pais. A maioria tem o 12º ano de escolaridade e está desempregada.

Habitualmente, os utentes que frequentam o Hospital de Dia sofrem diferentes transtornos e organizações da personalidade. São pessoas que demonstram extrema fragilidade, pouca coesão da personalidade, baixa autoestima e funcionamento desorganizado do superego. O sentimento deles próprios e dos outros é fragmentado, recorrendo a um conjunto de mecanismos de defesa primitivos, como a clivagem, projeção e identificação projetiva (9). Apresentam também dificuldade em mentalizar (Bateman e Fonagy, 2004 apud 9) e, conseqüentemente, não conseguem conceptualizar os seus conflitos internos e relacionais. Mostram-se, assim, pessoas desinvestidas delas próprias e dos seus relacionamentos, levando a dificuldades sociais profundas (9).

No que se refere aos diagnósticos nosológicos, vários utentes apresentaram mais do que um, havendo nomeadamente: 2 casos de perturbação esquizo-afetiva, 1 caso de fobia social, 3 casos de depressão sem outra especificação, 4 casos de esquizofrenia paranoide, 2 casos de perturbação depressiva maior, 3 casos perturbação borderline da

personalidade, 1 caso de perturbação histriónica da personalidade, 1 caso de anorexia nervosa, 1 caso de perturbação dissociativa, 1 caso ainda não diagnosticado.

Referenciação, admissão e alta de utentes

As pessoas internadas no Hospital de Dia são referenciadas da consulta de psiquiatria ou psicologia no ambulatório ou do internamento de psiquiatria a tempo inteiro, por médicos psiquiatras ou psicólogos.

Os únicos critérios exclusivos de admissão são a incapacidade de aprendizagem severa, demência, estados confusionais severos e agitação severa.

Inicialmente é feita uma entrevista de admissão, com duração cerca de 2h, ao utente e seus familiares próximos, dirigida por um dos membros sénior da equipa e presenciada pelos restantes elementos.

Durante a entrevista procura compreender-se o percurso de vida e psicopatologia do utente e familiares, motivo do pedido de internamento e motivação do utente e família para aderirem ao processo terapêutico, promovendo-se a implicação do utente e familiares no mesmo. Esta entrevista tem também por objetivo informar o programa terapêutico e suas fases, tendo este uma duração máxima de 8 a 12 meses.

No final da entrevista são ainda entregues ao utente e familiares o Guia de Acolhimento do Hospital de Dia, onde se encontram normas a respeitar e um documento de Consentimento Informado para assinarem.

A entrevista de admissão é um momento crucial para o estabelecimento da aliança terapêutica com o utente e sua família (9).

Após a entrevista a equipa reúne-se para discussão do diagnóstico e planeamento psicodinâmico.

Após ser admitido em Hospital de Dia, o utente é submetido a uma bateria de provas psicológicas e preenche um questionário sobre os seus objetivos de tratamento em Hospital de Dia. Nas primeiras semanas de internamento é atribuído a cada utente 1 psicólogo, 1 médico psiquiatra e 1 enfermeira de referência.

É também realizada uma entrevista para recolha da história clínica.

Ao longo do programa terapêutico são efetuados dois momentos de avaliação: um aos 3 meses, fase centrada na melhoria sintomática e outro aos 6/9 meses (dependendo da evolução do utente), durante o decorrer de uma fase com ênfase na estruturação de um projeto pessoal/escolar/profissional.

A alta é programada com o utente e família quando alcançados os objetivos propostos para cada caso. Nas últimas semanas prévias à alta trabalha-se com o utente a separação do grupo, a qual geralmente constitui uma fonte de dificuldade para ele.

Após a alta, os utentes são reencaminhados para outras estruturas terapêuticas nomeadamente para o grupo pós-alta (de periodicidade semanal, dirigido por uma psicóloga da equipa), para outros grupos terapêuticos ou para consultas de psiquiatria e de psicoterapia individual em ambulatório.

Atividades terapêuticas

Durante o internamento no Hospital de Dia os utentes deverão participar ativamente num conjunto de atividades, que têm como finalidade o desenvolvimento ou mudanças na estrutura psíquica do utente, de forma a promover uma remissão sintomática prolongada, a reintegração sócio-familiar e profissional e evitar reinternamentos (9).

Esta mudança faz-se especificamente através do desenvolvimento de autonomia psíquica e da capacidade de mentalização, pela promoção da capacidade de construção de estratégias emocionais e comportamentais mais adaptativas e pela estimulação cognitiva. Tudo isto ocorre simultaneamente com a estruturação de um projeto pessoal, familiar e profissional consistente e auxiliado, sempre que necessário, com terapêutica psicofarmacológica.

Psicoterapia grupanalítica

Ocorre três vezes por semana, tendo cada sessão a duração de 90 minutos. Nela estão presentes todos os utentes e todos os profissionais, sendo um dos membros da equipa fixa que dirige o grupo.

Esta forma terapêutica tem como objetivos, por um lado, que os utentes expressem os seus sentimentos em relação uns aos outros, à equipa e instituição, experienciando primeiramente na matriz do grupo para posteriormente extrapolar para as suas relações fora dele e, por outro lado, promover a redução dos sentimentos de culpa e vergonha, na medida em que percebem que esses sentimentos são comuns a outros membros do grupo (9).

No decorrer destes grupos manifesta-se uma atmosfera de amizade onde os utentes podem falar e pensar livremente (Maré apud 9) desenvolvendo-se um

companheirismo construtivo. Esta amizade e companheirismo propiciam um conjunto de recursos que estimulam os recursos de cada utente (9).

Grupo multifamiliar e outras intervenções familiares

O grupo multifamiliar tem uma frequência quinzenal, com uma duração de 2h. Nele participam para além de todos os elementos da equipa e utentes a frequentar o Hospital de Dia, os familiares dos utentes.

Esta atividade terapêutica tem como perspetiva que o trabalho da família é um componente essencial do trabalho a desenvolver, havendo o risco de, sem ele os pais (que são os familiares presentes com mais frequência) enfraquecerem insidiosamente o tratamento (9).

No decorrer do grupo temas vão emergindo nas intervenções das famílias e, perante o ambiente seguro do grupo, melhoram-se as capacidades de pensar e comunicar entre eles. O espelhamento que ocorre nestes grupos, isto é, ouvir outros a falar de experiências que já se teve, permite aos indivíduos ver e perceber as defesas psicológicas que estão a operar. A identificação de semelhanças, diferenças e contradições pode ser reveladora e ajudar os pais a compreender melhor as dificuldades dos seus filhos. Por outro lado os pais podem identificar conflitos deles próprios previamente negados o que pode ser transformador. Nestes grupos podem acontecer também experiências emocionalmente reparadoras, promovendo a capacidade dos utentes se expressarem mais livre e criativamente. A expressão de raiva não é incomum, mas gradualmente, ao longo das sessões, começa a tornar-se possível aguentar a culpa do que foi feito no passado e tanto os pais como os utentes começam a empatizar cada vez mais entre eles. (9)

Por vezes surge a necessidade, no decorrer do tratamento, de sessões familiares individuais, nas quais estão presentes o terapeuta individual do paciente e outros elementos da equipa. Nestas intervenções o terapeuta desempenha um papel de ego auxiliar que protege o paciente da hostilidade excessiva e procura evitar a repetição de padrões de comunicação habituais, promovendo a sua transformação (9).

Os membros da família podem ser referenciados para psicoterapia de grupo ou trabalho individual fora do Hospital de Dia, quando requerem ajuda individual (9).

Relatos dos grupos psicoterapêuticos e multifamiliares

Após cada sessão de grupo terapêutico e multifamiliar é efetuada uma discussão pela equipa, com uma duração de cerca de 40 minutos. É feito um registo escrito das principais intervenções dos utentes e/ou familiares bem como o registo das interpretações realizadas pela equipa acerca dessas intervenções.

Esta discussão tem em vista o processamento das experiências nestes grupos de modo a transformá-las em algo significativo e para comunicar as suas compreensões. Desta forma tenta-se aprofundar a compreensão acerca de cada paciente e sua família assim como avaliar o impacto do trabalho terapêutico desenvolvido pela equipa. (9)

Esta atividade, desenvolvida numa atmosfera de livre expressão, partilha e humor, favorece o alívio da tensão, sendo vista como uma das ferramentas de “desintoxicação” da equipa (Neto, 2001; Neto e Centeno, 2005 apud 9).

Psicoterapia individual

Todos os utentes têm semanalmente uma psicoterapia individual, com a duração de 1h, na qual estão presentes o seu médico e psicóloga de referência.

Esta forma terapêutica tem como finalidade promover a mentalização, verbalização e capacidade de relacionar as experiências atuais com as anteriores. Permite identificar padrões relacionais e comportamentos patológicos, fortalecendo os seus recursos traduzindo-se em relacionamentos mais saudáveis. (9). Os terapeutas recebem supervisão destas sessões individuais.

Sessão clínica

A sessão clínica realiza-se uma vez por semana, cerca de 2-4 horas, sendo geralmente com uma duração de 4 horas. Nela cada utente é discutido, sendo dispendido mais tempo com aqueles que apresentam problemas particulares.

Geralmente, as enfermeiras começam por referir dificuldades relatadas pelos utentes e que não ficaram esclarecidas nos grupos terapêuticos ou nas conversas informais e os diferentes elementos da equipa manifestam a sua opinião.

O objetivo desta atividade é permitir uma abordagem terapêutica diferenciada e coerente com cada utente, com vista à resolução dos problemas relatados (9).

Para além de situações relacionadas com a patologia do utente são também discutidas, quando necessário, as reações dos profissionais a determinadas situações que ocorram nesse contexto.

Uma compreensão do funcionamento mental do utente e o esclarecimento de como é que isso se relaciona com a reação da equipa a esse funcionamento, geralmente, promove a resolução de uma maneira satisfatória das dificuldades e os conflitos encontrados (9).

Outras atividades

Existem outras atividades, que decorrem ao longo da semana em diferentes dias, desenvolvidas pela equipa de enfermagem, terapeuta ocupacional ou psicólogos, que têm como objetivo a estimulação das vertentes intelectual/ cognitiva, afetiva e social:

- Expressão plástica, sendo um meio de expressão e comunicação de sentimentos/afetos;
- Cineterapia, implicando visionamento de filme pertinente e reflexão posterior sobre pensamentos e sentimentos desencadeados pelo filme;
- Atividades de Relaxamento, onde se explora a relação com o corpo;
- Autobiografia, na qual os utentes narram de forma escrita acontecimentos das diferentes fases da sua vida, sendo estimulante não só da cognição como também importante para a expressão de sentimentos e emoções;
- Treino cognitivo, efetuado através de atividades variáveis em cada semana, como por exemplo jogos e escrita criativa, havendo muitas vezes, em simultâneo, a manifestação de sentimentos e emoções decorrentes dessas atividades;
- Treino de competências sociais, no qual a partir da simulação de situações ou papéis se aprende ou treina a identificar tipos de comportamentos e se procura a promoção de comportamentos sociais mais adequados;
- Debates e discussão de notícias, sendo um estímulo à reflexão e expressão de pensamentos e sentimentos associados;
- O “Entre nós”, no qual são escolhidas algumas atividades, semanalmente, com vista ao desenvolvimento de vertentes variáveis, podendo ir desde a concentração e memória, à entreajuda e trabalho de equipa ou coordenação motora. Sendo esta atividade a última da semana procura-se que a última parte desta atividade seja mais descontraída e animada para que os utentes vão para o fim de semana com uma sensação de bem-estar.

Estas atividades programadas, apesar de alguma permanência no tempo, podem sofrer alterações de acordo com as características e necessidades do grupo de utentes ou por questões relacionadas com os recursos humanos disponíveis na instituição.

1.3 - QUESTÃO DO PIS

Este Trabalho de Projeto teve como questões de partida as que se apresentam:

- Quais as necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa, sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental?
- Que intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental podem ser desenvolvidas para responder às necessidades identificadas?

1.4 - OBJETIVOS DO PIS

A realização do PIS teve como objetivos gerais:

- Identificar as necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa, sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental
- Planear, ao nível do serviço, as intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental destinadas ao atendimento das necessidades identificadas.
- Executar as intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental planeadas.
- Avaliar as intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental executadas.
- Divulgar os ganhos em saúde para os utentes que decorreram das intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental.

1.5 - ETAPA DIAGNÓSTICA

O Diagnóstico de situação consiste na elaboração de um modelo descritivo sobre a situação-problema identificada na qual se pretende atuar e alterar (InWEnt apud 1). Este diagnóstico deve identificar as necessidades de saúde da população, para que se torne possível planear intervenções com vista à satisfação dessas necessidades, minimizando ou

resolvendo os problemas identificados ou, por outro lado, otimizando os serviços prestados (Tavares, 1990 apud 1).

Neste sentido, o diagnóstico implica, previamente, a identificação dos problemas, determinando os seus precursores e as consequências destes, e, posteriormente, a determinação das necessidades (Tavares, 1990 apud 1).

ETAPA DIAGNÓSTICA	
OBJETIVO GERAL	Identificar as necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa, sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Selecionar e aplicar um instrumento de colheita de dados adequado à identificação das necessidades dos utentes em questão, sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental; - Selecionar, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), os focos de enfermagem para intervir, mediante os resultados obtidos e tendo em consideração a sua sensibilidade aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental, a sua frequência, a oferta terapêutica existente e recursos disponíveis.
ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Frequentar o Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa no contexto de estágio e colher informação através dos profissionais da equipa e de bibliografia existente, de modo a conhecer a oferta terapêutica do serviço; - Efetuar pesquisa bibliográfica, recente e referenciada, acerca das necessidades das pessoas com doença mental em Portugal e dos utentes em hospital de dia de psiquiatria; - Consultar os processos de cada utente de modo a conhecer mais profundamente a sua história individual e evolução; - Perceber, através do contacto em estágio, quais as possíveis necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa, quer pela observação dos utentes e das suas manifestações, quer pela auscultação da opinião dos profissionais; - Selecionar um instrumento de avaliação de necessidades, válido e aplicável, que vá ao encontro das possíveis necessidades percebidas; - Proceder ao pedido de aplicação desse instrumento ao autor e ao Hospital de Dia da região de Lisboa de acordo com as suas políticas; - Proceder à colheita de dados, respeitando os aspetos éticos e deontológicos, e analisar os resultados obtidos; - Apresentar os resultados da aplicação do instrumento de avaliação de necessidades à equipa de enfermagem; - Discutir com a equipa de enfermagem as áreas pertinentes a intervir, tendo em conta os resultados obtidos, a sensibilidade aos cuidados especializados de enfermagem em saúde mental, a oferta terapêutica já existente no serviço e os recursos disponíveis e discutir as conclusões dessa discussão com o professor orientador; - Identificar as necessidades prioritárias dos utentes, tendo por base as discussões anteriormente efetuadas, e clarificá-las em linguagem CIPE®, utilizando as definições dos focos existentes, de modo a delinear e clarificar os focos de atenção de enfermagem.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - A explicitação dos resultados da pesquisa bibliográfica acerca das necessidades das pessoas com doença mental em Portugal e dos utentes em hospital de dia de psiquiatria; - A caracterização do instrumento de colheita de dados de modo a que seja perceptível a sua validade e aplicabilidade ao contexto; - A apresentação da análise dos resultados da aplicação do instrumento; - A explicitação dos focos de intervenção selecionados, justificando a sua pertinência, e a sua definição de acordo com a CIPE®.
RECURSOS NECESSÁRIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Material para pesquisa (livros, revistas, artigos, relatórios nacionais, manual CIPE®, computador, impressora, entre outros); - O tempo dos utentes e profissionais para aplicação do instrumento de avaliação (cerca de 30 minutos por cada inquérito), um local reservado para ao efeito e o número suficiente de cópias em papel do instrumento a aplicar (15 cópias); - O tempo dos orientadores e equipa de enfermagem; - A colaboração de toda a equipa multidisciplinar, utentes, comissão de ética e conselho de administração do Hospital da região de Lisboa e autor do instrumento. - Computador para trabalhar os dados colhidos.

QUADRO 1 – Planeamento da Etapa Diagnóstica

Para a identificação das necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa, inicialmente auscultou-se a opinião de alguns profissionais da equipa, nomeadamente dos enfermeiros e da chefe de serviço, acerca das necessidades destes utentes, de modo seleccionar-se um instrumento conveniente para esta população.

O Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell, o instrumento de colheita de dados selecionado, que se encontra validado para a população portuguesa, apresenta 22 itens: alojamento, alimentação, tarefas domésticas básicas, autocuidado, atividades diárias, saúde física, sintomas psicóticos, informação sobre a doença e tratamento, “sofrimento psicológico”, risco de danos para o próprio, risco de danos para os outros, álcool, drogas, contactos sociais, relações íntimas, relacionamento sexual, cuidar dos filhos, educação básica, utilização do telefone, utilização de transportes, dinheiro e subsídios/benefícios sociais.

Este itens podem agrupar-se em 5 subgrupos: **necessidades básicas**, incluindo os itens alojamento, alimentação e atividades diárias; **necessidades de saúde**, incluindo os itens saúde física, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, drogas, álcool, risco de danos para o próprio e para os outros; **necessidades sociais**, incluindo os itens contactos sociais, relações íntimas e relacionamento sexual; **necessidades de funcionamento diário**

incluindo os itens tarefas domésticas básicas, autocuidado, cuidar dos filhos, educação básica e dinheiro; e **necessidades em termos de serviços** incluindo os itens informação sobre a doença e tratamento, utilização de telefone e transportes e subsídios/benefícios sociais. (10)

Na primeira parte de cada item este pode ser classificado para a pessoa como **sem necessidade, necessidade coberta ou parcialmente coberta** ou **necessidade sem resposta**. Quando é classificado sem necessidade passa-se para o item seguinte.

Cada um destes itens é avaliado na interface com a família/amigos/prestadores informais de cuidados e na interface com os diversos serviços locais (de saúde, sociais, autárquicos, entre outros), analisando a perspetiva tanto dos utentes como dos profissionais.

Na avaliação da ajuda proporcionada pelos serviços locais também é questionada a ajuda que a pessoa considera que necessita com o intuito de comparar com a que recebe.

No final de cada item é questionado se a pessoa recebe a ajuda que considera adequada e procura-se perceber a satisfação da pessoa relativamente à globalidade de cuidados e suporte que recebe.

Este instrumento pode ser aplicado a qualquer pessoa com perturbação ou doença mental, incluindo pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada. Em relação aos profissionais, pode ser utilizado ou respondido por qualquer profissional das equipas multidisciplinares ou com experiência na área, não tendo sido considerada a necessidade de treino ou formação específica. (10)

A colheita de dados efetuou-se através da aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell a todos os utentes a frequentar o Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa, após a aprovação da sua aplicação, exceto a um utente, por motivo de não comparência prolongada a esse serviço, pelo que apenas foi apresentada a perspetiva dos profissionais em relação a esse utente. A parte relativa ao ponto de vista dos profissionais acerca dessas necessidades foi efetuada com a colaboração da enfermeira orientadora de estágio, profissional desse serviço, que manifestou o seu ponto de vista tendo em conta o conhecimento que tem dos utentes, decorrente da sua prática diária com estes. Os utentes e a profissional foram inquiridos separadamente.

Os dados colhidos foram tratados com base na frequência das necessidades identificadas.

1.5.1 - Procedimentos éticos e deontológicos

Para a utilização do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell efetuou-se um pedido, via e-mail, ao Professor Joaquim Gago, corresponsável pela sua adaptação e validação para a população portuguesa, que autorizou a sua utilização neste projeto.

Para a aplicação deste instrumento aos utentes do Hospital de Dia foi efetuado um pedido de autorização à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do Hospital da região de Lisboa, que foi positivo.

Na realização deste estudo, antecedendo a colheita de dados, foi dado o conhecimento aos utentes da sua natureza, dos seus objetivos e a da forma de participação no mesmo, tendo sido entregue o consentimento esclarecido a cada utente (APÊNDICE 2). Para além disso, foi demonstrada disponibilidade para o esclarecimento de quaisquer dúvidas dos utentes. Cada utente foi livre de aceitar ou recusar a sua participação no estudo, tendo sido informados da possibilidade de recusar sem quaisquer danos ou penalizações.

Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, os quais só foram utilizados para a realização deste projeto.

Garantiu-se deste modo o pressuposto do consentimento informado, livre e esclarecido de cada utente.

1.5.2 - Apresentação e análise dos resultados

Para identificar as necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa, sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental, objetivo da Etapa Diagnóstica, foram sistematizados os dados resultantes da aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell mais relevantes para a consecução desse objetivo. Assim, foram analisadas a frequência e percentagem dos níveis de necessidades para cada item, sendo esses níveis designados de “necessidades sem resposta”, “necessidades cobertas/parcialmente cobertas” e de “sem necessidades relevantes”.

Relativamente aos 14 utentes inquiridos, ao nível das necessidades sem resposta (necessidades prioritárias) o sofrimento psicológico foi o que apresentou maior frequência (85,7%), seguido das relações íntimas (57,1%) e relacionamento sexual (50%). Todos os

utentes inquiridos manifestaram necessidades em relação ao sofrimento psicológico. As necessidades relacionadas com os subsídios/benefícios sociais (50%); com o dinheiro (42,9%) e com os contactos sociais (35,7%) manifestaram também uma frequência de necessidades sem resposta elevada.

A necessidade subsídios/benefícios sociais apesar de ter sido sentida por metade dos utentes inquiridos como uma necessidade sem resposta a outra metade considerou não ter necessidade relevante em relação à mesma.

O relacionamento sexual para além de ter sido uma necessidade sentida como sem resposta para metade dos utentes inquiridos, mais 21,4% dos utentes a considerou como uma necessidade coberta ou parcialmente coberta, isto é, apresentando algum problema ou nenhum problema devido a intervenção contínua, constituindo uma necessidade de 71,4% dos utentes inquiridos. O mesmo acontece em relação ao dinheiro, que constituiu uma necessidade global de 71,4% dos utentes inquiridos.

Relativamente às tarefas domésticas, apesar de metade dos utentes inquiridos não ter apresentado necessidades relevantes em relação às mesmas, a outra metade apresentou algum problema ou nenhum problema devido a intervenção contínua, numa percentagem de 42,9%.

É de referir que a alimentação, as atividades diárias, a saúde física e o risco para o próprio apresentaram uma frequência elevada como necessidades, sendo que maioritariamente estavam cobertas ou parcialmente cobertas, com respetivamente 50%, 57,1%, 57,1% e 71,4% dos utentes inquiridos.

Relativamente à perspetiva do profissional acerca das necessidades dos 15 utentes, o sofrimento psicológico (66,7%), os contactos sociais (40%) e o dinheiro (40%) foram as necessidades sem resposta mais identificadas.

Na perspetiva do profissional o sofrimento psicológico constituiu uma necessidade de todos dos utentes.

Os contactos sociais, apesar de serem mais frequentemente uma necessidade sem resposta, também apresentaram uma percentagem elevada como necessidade coberta ou parcialmente coberta (em um terço dos utentes), constituindo uma necessidade global em 73,3% dos utentes de acordo com a perspetiva do profissional.

Relativamente ao item relações íntimas, apesar de 46,7% das necessidades terem sido desconhecidas para o profissional ou não existirem dados suficientes para que este

pudesse responder, das relações íntimas conhecidas a maioria apresentou necessidades sem resposta (26,7%).

Para além das relações íntimas, as necessidades relativas ao relacionamento sexual (93,3%) e aos subsídios/benefícios sociais (46,7%) foram maioritariamente desconhecidas, sendo que em relação ao dinheiro também existiu um desconhecimento relativamente a um terço dos utentes, que se pode considerar elevado.

As necessidades de alimentação (60%) e atividades diárias (60%) foram maioritariamente cobertas ou parcialmente cobertas.

É importante referir que apesar do profissional ter manifestado as necessidades de saúde física e risco para o próprio como sem necessidades relevantes maioritariamente, estes apresentaram necessidades cobertas ou parcialmente cobertas elevadas (46,7% em ambos os itens).

De uma forma geral, podemos afirmar que o sofrimento psicológico, os contactos sociais e o dinheiro foram necessidades sem resposta identificadas tanto pelos utentes como pelo profissional. As necessidades relacionadas com as relações íntimas e o relacionamento sexual foram necessidades identificadas como sem respostas para a maioria dos utentes e o profissional manifestou uma grande percentagem de desconhecimento relativamente a elas. Relativamente aos subsídios/benefícios sociais, metade dos utentes consideraram não apresentar necessidade relevante, coincidindo com a perspetiva do profissional (46,7%), sendo que a outra metade dos utentes que a percecionaram como uma necessidade sem resposta apareceu distribuída na perspetiva do profissional como necessidade sem resposta (para 6,7% dos utentes) ou como desconhecido (para 46,7% dos utentes).

Neste sentido concluímos, de acordo com a análise dos resultados da aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell, que o sofrimento psicológico, os contactos sociais, o dinheiro, as relações íntimas, o relacionamento sexual e os subsídios/benefícios sociais eram as necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa, constituindo focos de atenção de enfermagem.

Estes resultados entram em consonância com o encontrado nos estudos referidos na problemática. Relativamente ao sofrimento psicológico, Lima e Botega (5) verificaram numa Hospital de Dia de Psiquiatria que a sintomatologia psiquiátrica mais frequente foi a ansiedade (50%), tensão (47,1%) e humor deprimido (42%). Em Portugal, no Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental para 2007-2016,

foram referidos estudos que evidenciaram a existência de sintomas depressivos de 16,9% - 18,4% de uma população e a nível dos cuidados de saúde primários uma prevalência de 31,6%. Nesse mesmo relatório mencionou-se a prevalência de morbilidade psiquiátrica a nível dos serviços de psiquiatria evidenciando a existência de perturbações depressivas em 21,5% em ambulatório, 4,9% em unidades de internamento e 20,2% em serviços de urgência.

Em relação aos contactos sociais Lima e Botega (5) referiram, relativamente à incapacidade psicossocial, o “isolamento social” como um dos aspetos que se mostrou mais alterado nos utentes de um Hospital de Dia de Psiquiatria. O estímulo da capacidade de comunicação foi uma das atividades de âmbito psicossocial desenvolvidas pelos enfermeiros, num Hospital de Dia de Psiquiatria no estudo efetuado por Kirschbaum e Paula (4). Para Portugal, no Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental para 2007-2016 mencionou-se, no que se refere a cuidados prestados a doentes com esquizofrenia, a existência de um grau muito mais elevado de necessidades não cobertas, em relação aos restantes países europeus, nas áreas de intervenção psicossocial e reabilitação. Para além disso, no Relatório Mundial de Saúde de 2001, a reabilitação psicossocial foi descrita como um dos ingredientes fundamentais nos cuidados.

Relativamente ao dinheiro, no estudo efetuado por Lima e Botega (5), analisou-se que a evolução com melhora dos utentes se associou positivamente à renda *per capita*.

No que se refere aos subsídios/benefícios sociais, em Portugal, no Relatório da Comissão Especializada para a Reabilitação Psicossocial de 2005, foi feita referência às dificuldades relativas aos apoios no âmbito da formação profissional, da procura e manutenção de emprego, do contexto domiciliário ou familiar e da participação na comunidade através do acesso aos recursos e serviços já existentes e implementação de um sistema de suporte comunitário, para as pessoas com doença mental. Para além disso, Thornicroft (6) acrescentou existir uma lacuna na mortalidade de pessoas com doença mental em países com recursos elevados, enunciando como uma das causas o acesso mais pobre a cuidados de saúde físicos destes doentes que a restante população, podendo este facto relacionar-se também com a não obtenção de benefício sociais por parte de algumas pessoas com doença mental.

1.5.3 - Identificação de focos de atenção de enfermagem

Após a identificação das necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria, foi efetuada uma análise crítica em parceria com a orientadora de estágio e o professor orientador, no sentido de selecionar alguns focos de intervenção, com base na frequência dos itens encontrada, na sensibilidade aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental, na oferta terapêutica do serviço e nos recursos disponíveis.

Relativamente à sensibilidade dos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental Barry (11) citando a American Nurses Association, American Psychiatric Nurses Association, Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses e Society for Education and Research (1994), adaptado de Boyd e Nihart (1998), descreveu os tipos de problemas dos utentes (atuais ou potenciais) que são do âmbito da prática de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, nomeadamente:

- A manutenção da ótima saúde e bem-estar e a prevenção de doença psicobiológica;
- Limitações no autocuidado ou funcionamento comprometido relacionado com sofrimento emocional e mental;
- Défices no funcionamento de significativos sistemas biológico, emocional e cognitivo;
- Stress emocional ou crises relacionadas com doença, dor e incapacidade;
- Alterações de autoconceito, questões desenvolvimentais e mudanças no processo de vida;
- Alterações no pensamento, percepção, simbolização, comunicação e tomada de decisão;
- Dificuldades em relacionar-se com outros;
- Comportamentos e estados mentais que indiquem que o cliente representa perigo para si ou outros ou tem incapacidade severa;
- Circunstâncias ou eventos interpessoais, sistémicos, socioculturais, espirituais ou ambientais que afetem o bem-estar mental e emocional do indivíduo, família ou comunidade;
- Gestão dos sintomas, efeitos secundários/toxicidades associadas à intervenção psicofarmacológica e outros aspetos do regime de tratamento.

Numa revisão da literatura realizada por Montgomery e Carter que analisa a relação entre as intervenções em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e os resultados

em saúde dos utentes, apesar das limitações metodológicas e conceptuais encontradas nos estudos utilizados, áreas de resultados identificados como sensíveis às intervenções de enfermagem foram categorizadas nos seguintes domínios: sintomas (frequentemente alterações do pensamento e percepção e alterações do humor), autocuidado (definido como ações direcionadas para a saúde como por exemplo ações e atitudes relacionadas com a nutrição, recreação e exercício, tendo sido particularmente focada a adesão dos pacientes ao regime prescrito e utilização apropriada dos serviços para gestão dos sintomas), funcionamento (definido como adaptação social, recuperação do trabalho e qualidade de vida), qualidade de vida e satisfação (analisando a satisfação dos utentes com os serviços de saúde, incluindo as dimensões percepção dos utentes e satisfação com os cuidados) (12).

No que concerne à análise crítica efetuada, as necessidades de relações íntimas, relacionamento sexual e contactos sociais foram percecionadas como dificuldades dos utentes em relacionar-se. Estas competências relacionais bem como o sofrimento psicológico eram necessidades alvo da maioria das intervenções terapêuticas já efetuadas no serviço em questão, pelo que se excluíram enquanto focos de atenção de enfermagem diretos neste projeto. Por outro lado, as questões relacionadas com as necessidades de dinheiro e subsídios/benefícios sociais foram também excluídas dos focos deste projeto uma vez que estes utentes possuíam acesso ao recurso de assistência social cuja sensibilidade de atuação neste âmbito é elevadíssima.

Neste sentido, tendo em conta que as necessidades cobertas/ parcialmente cobertas e sem resposta relacionadas com a alimentação representaram 57,1% dos utentes e essas necessidades relacionadas com drogas (incluindo o uso de medicamentos) representaram 21,5% dos utentes, foram critérios para a escolha dos focos de intervenção.

Por outro lado, alguns psicofármacos utilizados pelos utentes em questão relacionavam-se com alterações sentidas por alguns utentes ao nível da necessidade relacionamento sexual, pelos efeitos secundários que produzem.

Para além disso, aspetos relacionados com a alimentação e adesão ao regime medicamentoso eram focos atuais de atenção de enfermagem no Hospital de Dia em questão, mas com uma intervenção identificada pela equipa de enfermagem com necessidade de ser mais estruturada e formalizada, tendo sido um aspeto considerado na seleção dos focos para intervir.

Foi também importante estes dois focos estarem relacionados entre si, na medida em que existem vários psicofármacos que têm como efeito secundário o aumento de peso,

podendo influenciar a adesão ao regime medicamentoso e, por outro lado, esse aumento de peso poder também ser prejudicial à saúde dos utentes.

O exercício físico, para além dos benefícios comprovados que tem em termos do bem-estar psicológico e cognição, é um foco de atenção de enfermagem que vem associado às necessidades relativas à alimentação, com especial ênfase nas situações de excesso de peso, que pode também ter influência da terapia psicofarmacológica, pelo que foi considerado importante incluir nesta intervenção. Para além disso o exercício físico pode ter relação indireta com a necessidade relacionamento sexual, na medida em que pode melhorar o desempenho sexual ao melhorar a resistência física.

Por outro lado, o facto da sensibilidade aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental relacionada com a alimentação, exercício físico e adesão ao regime medicamentoso ser elevada, foi outro critério utilizado.

Sendo assim, a alimentação, exercício físico e adesão ao regime medicamentoso foram os focos de atenção de enfermagem selecionados, com vista ao empoderamento, participação ativa na vida social e bem-estar dos utentes do Hospital de Dia.

Neste sentido tornou-se importante clarificar numa linguagem universal estes focos de atenção de enfermagem. Foi então utilizada a CIPE® Versão 2, na medida em que foi a classificação adotada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para incorporar os Sistemas de Apoio à Prática de Enfermagem e foi a que foi proposta pelo Conselho Internacional de Enfermeiros para fazer parte do grupo das classificações aprovadas pela OMS (13).

De acordo com a OE (14, p.35) o foco é definido como “área de atenção relevante para a enfermagem”.

Sendo assim, tal com descrito na CIPE® Versão 2:

- Relativamente à alimentação considerou-se o foco “Ingestão Nutricional – Status Nutricional: Quantidade e qualidade de nutrientes ou alimentos introduzidos no corpo” (14, p. 59);

- Em relação ao exercício físico considerou-se o foco “Fazer Exercício – Realizar: Trabalho físico e voluntário dos sistemas musculoesquelético e respiratório para melhoria da forma física, mobilidade e força” (14, p. 54);

- No que se refere à adesão ao regime medicamentoso considerou-se como foco “Adesão ao Regime Medicamentoso – Adesão” (14, p. 38); “Adesão – Status: Ação autoiniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as

orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (14, p.38).

1.5.4 - Diagnóstico de situação

Após a análise da realidade portuguesa acerca das necessidades das pessoas com doença mental e do conhecimento das necessidades dos utentes em Hospitais de Dia de Psiquiatria em particular, apurou-se, a partir da aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell e da análise do contexto, que a Ingestão Nutricional, o Fazer Exercício e a Adesão ao Regime Medicamentoso eram os focos de enfermagem dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital da região de Lisboa. Perante a identificação destes problemas foi relevante analisar os seus percursos e consequências.

No decurso dos tratamentos psiquiátricos a não adesão ao tratamento psicofarmacológico, nomeadamente com neurolépticos, pode levar ao agravamento da sintomatologia e desencadear a recaída. A recaída tem consequências graves, das quais se destacam a rutura psicossocial do utente, o desajuste relativamente ao ambiente familiar, a necessidade de recorrer aos serviços de urgência, o internamento ou o maior número de consultas de seguimento e o aumento dos gastos para os serviços públicos e para a própria família. Por vezes, o tempo de recuperação é mais longo e a resposta ao tratamento é inferior. Neste sentido, a manutenção do tratamento medicamentoso mostrou-se um fator importante para a prevenção de recaídas no curso das doenças mentais e na promoção da qualidade de vida desta população. Num estudo realizado durante 4 anos com 418 pessoas a não adesão foi apontada como o fator principal da falha terapêutica. (15)

Relativamente aos fatores estudados como passíveis de influenciar a adesão ao tratamento farmacológico, no âmbito do tratamento de pessoas com doença mental com antipsicóticos, destacaram-se: o género, frequência da dose e aparecimento de efeitos secundários; a perceção do utente, seus familiares e amigos relativamente o tratamento psicofarmacológico; os custos relativos ao tratamento (efeitos adversos/complexidade do esquema terapêutico) considerados pelo utente como maiores que os custos da doença

(sintomas); a duração do tratamento; o ambiente e suporte social/familiar; a aliança terapêutica entre o utente e o serviço; o uso/abuso de drogas; as características psicopatológicas; o nível de insight; a aceitação da doença; e a motivação. A adesão em utentes internados com diagnóstico de mania, a severidade dos sintomas patológicos e a diminuição de insight foram fatores associados a uma não adesão. Variáveis sócio-económicas, culturais e étnicas apresentaram pouca relação com a adesão, bem como alguns trabalhos indicaram não existir diferença significativa relativamente à utilização de antipsicóticos convencionais e atípicos. (15)

No que se refere em particular a utentes com esquizofrenia existe uma esmagadora evidência de que o uso de antipsicóticos são efetivos no tratamento dos sintomas da doença, sendo que a baixa adesão a esta medicação aumenta o risco de recaída, podendo ter como consequência o aumento de comportamentos potencialmente perigosos, especialmente durante os períodos de psicose. As taxas de não adesão à medicação são de aproximadamente 50% durante o primeiro ano após a alta do internamento hospitalar. (16)

O excesso de peso e obesidade (índice de massa corporal superior a 30Kg/m²) têm-se tornado um grave problema de saúde pública global, cuja prevalência, nomeadamente da obesidade, está a aumentar rapidamente. A obesidade está associada ao estilo de vida, nomeadamente ao sedentarismo e às más escolhas dietéticas, contribuindo para o aparecimento de doença cardiovascular, diabetes tipo 2 e alguns tipos de cancro.(17)

Neste sentido, uma dieta saudável ajuda a prevenir problemas como diabetes, doença coronária e cancro (van Kreijl et al apud 18) e a atividade física previne doenças como diabetes, doença cardiovascular e ajuda a promover a saúde cardiovascular, a diminuir a pressão sanguínea, a reduzir o risco de mortalidade, a aumentar a força muscular, a diminuir a ansiedade e depressão e a promover a qualidade de vida (Bouchard et al apud 18).

Nas pessoas com perturbação mental severa a prevalência da obesidade é maior que na população em geral, estando estes dados associados a um estilo de vida mais sedentário e a piores escolhas alimentares relativamente à população em geral e, por outro lado, ao uso de antipsicóticos atípicos, sendo que o grau de ganho de peso a eles associados varia de acordo com o tipo de antipsicóticos (17). Relativamente a essa variação, os antipsicóticos como a olanzapina e a clozapina estão associados ao ganho de peso, à dislipidémia e à hipertensão arterial, apresentando um elevado risco para doença cardiovascular e diabetes (Nasrallah, Meyer, Sernyak et al, Reis, Attux et al apud 18), a

risperidona e a quetiapina manifestam um risco intermédio para o ganho de peso e apresentam resultados discrepantes relativamente à dislipidémia e diabetes (Attux e Chaves apud 18) e, por outro lado, o aripiprazol e a ziprazidona oferecem um risco menor (Allison et al apud 18).

Relativamente ao comportamento alimentar, vários estudos apontaram como seus fatores determinantes o peso e a imagem corporal, a idade, o sexo, a etnia, a escolaridade, o estado civil, a condição financeira, a duração das refeições, a presença de outras pessoas durante as refeições e o seu número, fatores culturais como o ser vegetariano, o país a que se pertence ou pertencer a determinada religião, e fatores psicológicos. No que se refere particularmente aos fatores psicológicos foram referenciados aspetos relativos ao conhecimento e crenças sobre uma alimentação saudável, a atitude face à dieta, o reconhecimento dos seus benefícios e das barreiras para adotá-la, o suporte social favorecedor e a responsabilidade sobre a compra e preparação das refeições. Para além disso, maiores níveis de autoeficácia do indivíduo foram associados a comportamentos alimentares mais saudáveis, bem como o ambiente considerado uma grande influência no comportamento alimentar. (19)

Tendo em consideração as consequências dos problemas identificados tornou-se importante o planeamento e execução de intervenções ao nível da Ingestão Nutricional, do Fazer Exercício e da Adesão ao Regime Medicamentoso, com vista a promoção e proteção da saúde física e mental, bem como a promoção da autonomia e reinserção social dos utentes.

1.6 - ETAPA DE PLANEAMENTO

Na etapa de Planeamento é efetuado um plano detalhado que inclui a determinação de atividades e estratégias a realizar, a calendarização das atividades, a identificação dos recursos necessários e a previsão de riscos. As atividades, meios e estratégias coadunam diretamente com os objetivos delineados. (Miguel apud 1)

ETAPA DE PLANEAMENTO	
OBJETIVO GERAL	Planear, ao nível do serviço, as intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental destinadas ao atendimento das necessidades identificadas.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- Seleccionar uma forma de intervenção para dar resposta aos focos seleccionados, tendo em conta os recursos disponíveis, o modo de abordagem e as intervenções já efetuadas no contexto;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar o desenho da forma de intervenção selecionada; - Selecionar um grupo alvo de intervenção de acordo com os focos de intervenção de enfermagem selecionados.
ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"> -Pesquisar, em termos de evidência, intervenções no âmbito dos focos de enfermagem selecionados; - Discutir com a equipa de Enfermagem a forma de intervenção a realizar, tendo em conta os focos a intervir, os recursos existentes, o modo de abordagem praticado e a oferta terapêutica existente no contexto e, discutir com o professor orientador as conclusões obtidas nessa discussão; - Selecionar um modelo teórico de enfermagem a aplicar, adequado à abordagem do serviço; - Identificar um modelo processual, após pesquisa bibliográfica, aplicável à intervenção selecionada e consonante com o modelo teórico de enfermagem; - Definir local, horário, duração, frequência da intervenção e elaborar cronograma de atuação; - Definir o local de registo ao longo das sessões de intervenção; - Efetuar previsão dos recursos necessários; - Envolver a equipa de Enfermagem no desenho da intervenção e discuti-lo com o professor orientador do estágio; - Identificar no grupo de utentes que têm como enfermeira de referência a enfermeira orientadora de estágio aqueles que apresentam necessidades ao nível dos focos de intervenção, através do conhecimento que a enfermeira orientadora tem das necessidades desses utentes; - Selecionar, em parceria com a orientadora de estágio, dois dos utentes do grupo identificado anteriormente recorrendo, se necessário, a critérios de seleção (a data da alta prevista compatível com o período da intervenção, a assiduidade ao Hospital de Dia, um grau importante de necessidades nestes focos de acordo com a perceção das enfermeiras e o interesse na frequência da consulta); - Discutir com o professor orientador de estágio a adequação dos utentes selecionados para intervir, partindo da sua caracterização sumária, nomeadamente a relativa aos focos de intervenção.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - A explicitação da forma de intervenção selecionada, justificando a sua pertinência; - A implementação da intervenção selecionada; - A elaboração de um plano da intervenção a realizar, evidenciando os seus fundamentos teóricos; - A explicitação dos utentes selecionados, respeitando os preceitos éticos e deontológicos, justificando a adequação da escolha a partir dos diagnósticos elaborados na Etapa de Execução; - O registo realizado no processo de enfermagem de cada utente referente aos focos de intervenção selecionados.
RECURSOS NECESSÁRIOS	Material de pesquisa e o tempo da equipa de enfermagem e orientadores de estágio.

QUADRO 2 – Planeamento da intervenção

1.6.1 - Evidência das intervenções nos focos de enfermagem

Esta pesquisa foi realizada através de um levantamento nas bases de dados *pubmed* e *scielo*. Em relação à *pubmed* procuraram-se nos artigos de revisão ou revisão sistemática de acesso gratuito do texto integral, publicados nos últimos 10 anos, incluindo apenas humanos e destes algumas vezes apenas adultos, as palavras-chave: *transtheoretical model*, *patient care and promotion health behaviour*, *mental disorders and lifestyle interventions*, *interventions and adherence and schizophrenia*. Na pesquisa na *scielo* procuraram-se em todos os índices do Brasil artigos a partir das palavras-chave: *adesão ao tratamento farmacológico*, *esquizofrenia e controlo de peso*, *modelo transteórico*.

No que se refere às intervenções relacionadas com a adesão ao tratamento farmacológico com antipsicóticos de pessoas com doença mental, revelaram-se intervenções eficazes as baseadas em técnicas de resolução de problemas e motivacionais. Na adesão ao tratamento de pessoas com esquizofrenia as intervenções psicoeducacionais isoladas de intervenções comportamentais e de suporte comunitárias apresentaram menor eficácia. Numa revisão da literatura, concordando com estes dados, 66% dos estudos verificaram que a utilização de estratégias educacionais combinadas com estratégias comportamentais foram efetivas na melhora da adesão aos medicamentos antipsicóticos, resultando em redução de recaídas e internamentos, melhoria na psicopatologia e função social, aumento do insight e no conhecimento da droga utilizada. (15)

A inclusão de familiares/ responsáveis no processo de cuidados pós-alta hospitalar e o treino de utentes para se tornarem em consumidores eficazes dos cuidados de saúde foram duas intervenções que revelaram melhoria significativa na adesão à medicação (15).

Foi referido que uma abordagem coerente na redução da não adesão poderia beneficiar substancialmente do uso de um modelo teórico, que organizasse os achados existentes e que servisse de guia relativamente aos fatores promotores de adesão. Os modelos tradicionais dominantes, tipicamente baseados no cálculo do custo-benefício ou das vantagens-desvantagens da toma da medicação, assentando na sua probabilidade de ocorrência, apesar de terem um valor preditivo limitado, foram considerados muito úteis enquanto quadros organizadores. (16)

Para além disso, existem outros modelos que demonstram a importância de um plano específico de coping, nomeadamente os centrados no processamento paralelo da doença, e esquemas de tratamento a um nível cognitivo e a um nível motivacional através

da resposta emocional. Estes planos de coping e os esquemas foram considerados passíveis de oferecer um maior potencial de promoção da adesão na esquizofrenia. (16)

Relativamente a intervenções aplicadas em utentes com esquizofrenia com vista à promoção da adesão a fármacos antipsicóticos, na revisão utilizada, tal como referem os autores, não houve nenhuma modalidade com sucesso esmagador, porém algumas modalidades estiveram representadas por poucos estudos.

Intervenções psicoeducativas não focadas na mudança comportamental e de atitude foram largamente não bem sucedidas. Em grupos de pacientes as intervenções psicoeducativas melhoraram a adesão à medicação. (16)

Os estudos que usaram intervenções comportamentais foram bem sucedidos na promoção da adesão. Estudos comparativos entre o uso de técnicas psicoeducativas e a aplicação de intervenções comportamentais mostraram que as últimas apresentaram melhores resultados. (16)

Programas utilizando técnicas cognitivas e centrados na atitude do utente para com a medicação foram frequentemente efetivos na promoção da adesão (16).

A terapia familiar isolada não apresentou uma larga efetividade na adesão (16).

No que se refere a intervenções comunitárias, como a gestão de caso intensiva, a evidência na promoção da adesão foi modesta (16).

No que concerne particularmente às intervenções individuais destacaram-se dois estudos com resultados significativos. Num deles a combinação de uma abordagem cognitiva e a entrevista motivacional em utentes internados, em que os utentes foram encorajados a articular as suas crenças e ambivalências acerca dos antipsicóticos, enquanto se focavam em comportamentos adaptativos e na importância de ficarem bem, e ajudados a identificar benefícios indiretos da medicação, demonstraram, 18 meses após a alta, ganhos na adesão à medicação e melhoria no insight e atitude relativa ao tratamento. No outro estudo foi comparada a eficácia do treino comportamental relativamente à psicoeducação ou tratamento padrão, sendo que quem recebeu treino comportamental apresentou maior adesão, relativamente a quem recebeu as outras intervenções. (16)

É relevante referir que nos estudos analisados na revisão os autores não tiveram acesso aos efeitos da psicoeducação em resultados importantes como o conhecimento do utente e família acerca da esquizofrenia e o seu tratamento. As intervenções comportamentais incluíram com frequência a promoção de instruções pormenorizadas e estratégias concretas de resolução de problemas, nomeadamente lembretes, ferramentas de

automonitorização, pistas e reforços, bem como alguns ensinamentos de como negociar alguns aspectos do tratamento com os terapeutas. As intervenções direcionadas apenas para a adesão medicamentosa tiveram mais probabilidade de sucesso do que as desenvolvidas com vista à resolução de uma gama mais ampla de áreas problemáticas. Uma vez que existem subtipos de não adesão, como a intencional e a decorrente de erros nas tomadas da medicação, para o primeiro intervenções com objetivo motivacional podem ser mais indicadas, quanto para o segundo lembretes e reforços comportamentais podem ser mais adequados tendo em conta a possibilidade de défices cognitivos. (16).

No que se refere ao foco Ingestão Nutricional o conhecimento sobre os determinantes do comportamento alimentar foi visto como uma forma de aumentar a probabilidade de sucesso nas intervenções de promoção de práticas alimentares saudáveis (Ni Mhurchu et al apud 19) e a promoção de conhecimento sobre os comportamentos de saúde necessária para desenvolver novas atitudes e motivar a ação desejada (Kilander apud 19) sendo que, num estudo de Stables et al, a consciência e o conhecimento sobre as recomendações nutricionais foram preditores significativos da alteração do comportamento alimentar (19).

Por outro lado foi encontrada evidência de que para uma mudança efetiva no comportamento alimentar é importante que as intervenções sejam pautadas no comportamento, necessidades e crenças da população alvo (19).

Deste modo, para que ocorra mudança nos hábitos alimentares mostrou-se necessário que o indivíduo internalize a justificativa para a mudança dos seus comportamentos, processo caracterizado pela motivação (Garcia apud 19), sendo essencial o conhecimento dos aspectos que motivam os indivíduos a alterar ou a manter os seus comportamentos alimentares (Buttriss apud 19).

Neste sentido, foi considerado importante o treino dos profissionais para a aquisição de habilidades em técnicas que motivem os indivíduos e a utilização de modelos teóricos no planeamento das intervenções (Assis e Nahas apud 19). O modelo transteórico foi considerado um modelo promissor na mudança comportamental relacionada com a saúde (19), que tem sido aplicado, para além de outras áreas, à prática de atividade física (Prochaska, Redding e Evers apud 19) e à mudança alimentar (Rossi apud 19).

Em relação a intervenções de âmbito nutricional foi destacado que estas poderiam ser beneficiadas ao considerarem os diferentes estádios de mudança comportamental, tal como apresentado no modelo supracitado, na medida em que a cada um deles

correspondem diferentes atitudes e percepções em relação à nutrição e saúde, sendo que intervenções direcionadas especificamente para cada estadio poderiam proporcionar maior motivação para a adoção ou manutenção do comportamento desejado (19).

Relativamente a intervenções visando a prática de atividade física utilizando o modelo transteórico, uma revisão crítica verificou que 73% dos estudos a curto prazo (seis meses ou menos de acompanhamento) apresentaram um efeito positivo, enquanto apenas 29% dos estudos ofereceram efeitos positivos a longo prazo. No entanto, é de ressaltar que menos de metade dos estudos revistos efetuaram acompanhamento além dos seis meses. Concluiu-se da evidência apresentada que as intervenções de promoção da atividade física baseadas no modelo transteórico são no geral mais efetivas do que intervenções não estadiadas no que se refere a adoção de comportamentos a curto prazo. (20)

Em pessoas com esquizofrenia sintomas como retração social, avolição, negativismo, ansiedade, comportamento impulsivo e desorganização de pensamento podem constituir barreiras para a adesão a um programa de exercício ou adoção de uma dieta, pelo que foi referido como uma abordagem eficaz a que contempla um programa de prevenção de ganho de peso ajustado às suas especificidades, adequando a orientação nutricional e a atividade física às dificuldades impostas pela doença (21).

Numa revisão sistemática, a perda ou controlo de peso a curto prazo nestas pessoas, através da prática de atividade física regular, orientação nutricional e intervenções comportamentais, pareceu possível (Faulkner apud 21). Noutra revisão sistemática e metanálise sobre a gestão do peso ligada aos antipsicóticos, investigando intervenções cognitivo-comportamentais e de aconselhamento nutricional e a combinação de intervenções nutricionais com exercício físico, concluiu-se que houve redução estatisticamente significativa do peso e índice de massa corporal (IMC) dos indivíduos sujeitos à intervenções em relação aos submetido ao tratamento habitual. Para além disso, não houve diferenças entre as abordagens utilizadas, quer individual ou de grupo, quer aconselhamento nutricional ou cognitivo-comportamental. (Alvarez-Jiménez et al apud 21)

Uma intervenção realizada em ambulatório com duração de um ano, com pessoas com esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva e com uso de antipsicóticos atípicos, na qual foram realizados aconselhamento nutricional, exercícios, intervenções comportamentais (nomeadamente automonitorização da alimentação e atividade física, controlo dos impulsos, gestão do stress, resolução dos problemas e suporte social) e técnicas especiais em caso de défices cognitivos (como repetição, tarefas para casa, uso de

material visual), apresentou uma redução de peso no grupo de 3Kg, enquanto o grupo controlo ganhou em média 3,2Kg (Menza et al apud 21). Noutro estudo realizado para avaliar a eficácia de uma intervenção psicoeducativa relativa à orientação nutricional em pessoas com esquizofrenia verificou-se que numa avaliação intermédia (à 8ª semana de intervenção) o grupo que tinha sido sujeito a intervenção não manifestou alterações significativas do peso enquanto o grupo não sujeito a intervenção apresentou aumento de peso. Porém, no final da intervenção (à 24ª semana) tanto o grupo que teve 24 semanas de intervenção como o grupo que teve 16 semanas de intervenção mostraram aumento de peso, sendo que este aumento foi maior no primeiro grupo. (Scocco et al apud 21)

Numa revisão sistemática cuja população eram pacientes com perturbação psicótica ou do humor, em tratamento com antipsicóticos atípicos (como a olanzapina, clozapina e risperidona) foram avaliados os resultados de intervenções psicoeducacionais e/ou comportamentais na atividade física e/ou hábitos alimentares, incluídos em 14 estudos. As intervenções na gestão da dieta focavam-se na educação e discussão face aos hábitos alimentares, com tónica na energia entrada e dispendida e na alimentação saudável. Os assuntos para a gestão da atividade física incluíam a avaliação dos níveis de atividade física e discussão relativa à mudança dos níveis de atividade e à adequação da quantidade de exercício. Alguns estudos envolviam exercício (jogging ou caminhadas) com supervisão. As intervenções foram realizadas em grupo, individualmente ou combinando ambas as formas. Relativamente aos resultados no grupo de intervenção verificou-se perda de peso e diminuição da média do IMC em 11 estudos (em 5 estatisticamente significativa) e no grupo de controlo apenas em 4 estudos. A média da alteração de peso avaliada com base no tamanho da amostra foi de $-1,96 \pm 1,84\text{Kg}$ ($-1,74\%$) no grupo de intervenção e de $+1,77 \pm 2,12\text{Kg}$ ($+2,28\%$) no grupo de controlo. Essa mesma média em relação ao IMC foi de $-0,87 \pm 0,69\text{Kg/m}^2$ no grupo de intervenção e de $+0,64 \pm 0,96\text{Kg/m}^2$ no grupo de controlo. Em relação à forma de intervenção, em 6 dos 7 estudos que combinaram intervenções individuais e em grupo foram encontradas mudanças significativas no peso entre os grupos de intervenção e de controlo; em 2 dos 3 estudos com intervenção individual e 1 de 4 estudos com intervenção em grupo produziram mudanças estatisticamente significativas em relação ao peso entre os grupos de intervenção e de controlo. Resultados similares aos das duas últimas formas de intervenção foram encontrados em relação ao IMC, sendo que para a combinação de intervenções individuais e em grupo 5 de 6 estudos apresentaram mudanças estatisticamente significativas. Para

além disso, em 5 de 6 estudos cuja intervenção durou 12 semanas, em 2 estudos cuja intervenção durou 24 semanas e em 1 estudo cuja intervenção durou 52 semanas foram encontradas mudanças estatisticamente significativas, em relação ao peso e IMC, entre os grupos de intervenção e de controlo. (17)

No que se refere ao processo de pesagem vários estudos revelaram que a medição do perímetro abdominal e da relação cintura-quadril são mais apropriados para estimar o risco de desenvolver eventos cardiovasculares do que a avaliação do IMC. Para minimizar erros nas pesagens verificou-se que os pacientes devem ser pesados no mesmo momento do dia, com roupa leve e sem sapatos, utilizando a mesma escala. Não foram encontradas vantagens na avaliação do peso em dois dias separados comparativamente com a avaliação num só dia. (17)

Numa revisão compreensiva e sistemática da evidência na área da promoção de comportamentos saudáveis em pacientes foi analisado o sucesso de nove categorias de técnicas: conhecimento (incluindo a promoção de informação geral), consciência (incluindo comunicação do risco, automonitorização do comportamento e feedback do comportamento), influência social, atitude (incluindo reavaliação dos resultados/autorreavaliação, comunicação persuasiva/ seleção de crenças e reforço do progresso comportamental/recompensas), autoeficácia (incluindo planeamento de respostas de coping), intenção (incluindo estabelecimento de metas específicas e uso de suporte social), controlo da ação, manutenção (incluindo prevenção da recaída) e facilitação (incluindo promoção de material para facilitar o comportamento e suporte profissional contínuo) (18).

Concluiu-se que a estratégia de automonitorização do comportamento, promotora da crítica do paciente face ao risco do comportamento, foi a mais provável de contribuir para o sucesso da mudança comportamental, independentemente do tipo de comportamento de saúde (cessação tabágica, dieta ou exercício). A comunicação do risco e o uso do suporte social foram quase tão eficazes, embora os resultados tenham variado para o tipo de comportamento de saúde. A promoção de conhecimento mostrou poder ser útil na promoção de dietas saudáveis ou atividade física. Fornecer materiais pareceu promissor apenas na promoção de atividade física. O suporte profissional foi uma abordagem popular mas não altamente eficaz na promoção de comportamentos saudáveis, apresentando melhores resultados na promoção de dietas saudáveis. A combinação de técnicas de conhecimento, consciência e facilitação revelaram-se como promissoras,

podendo refletir que a inclusão de mais estratégias aumentam as possibilidades de sucesso. A combinação de técnicas de intenção e facilitação mostraram-se úteis para a promoção de dietas saudáveis. (18)

Profissionais que pretendam ajudar os pacientes na mudança comportamental, ao nível da cessação tabágica, dieta e exercício, podem aumentar a suas probabilidades de sucesso ao procurar intervir na consciência dos pacientes usando a comunicação do risco e a automonitorização do comportamento, ao criar intenção com o estabelecimento de metas, ao aumentar o suporte social ou ao incrementar a autoeficácia através do planeamento de respostas de coping. Os profissionais deverão considerar a correspondência entre as técnicas usadas e as características do grupo-alvo, dos pacientes individuais e do comportamento de saúde em questão. É mais provável ocorrer boas escolhas de técnicas de mudança comportamental quando se consideram determinantes relevantes como os níveis de conhecimento, a consciência, a motivação, a autoeficácia, entre outros. (18)

1.6.2 - Planeamento da intervenção

De forma a dar resposta às necessidades dos utentes ao nível dos focos de enfermagem selecionados, após reunião com a equipa de enfermagem, optou-se por realizar uma consulta de enfermagem como forma de um projeto terapêutico individual para os utentes. A consulta de enfermagem tem o objetivo de captar toda a informação levada pelo utente, numa perspetiva holística, permitindo um diagnóstico preciso e possibilitando a elaboração de um plano de cuidados baseado nas necessidades de cada indivíduo, com vista a atingir um resultado satisfatório (22).

Previu-se que a consulta de enfermagem seria realizada ao longo de 8 semanas, com uma frequência semanal, tendo cada sessão uma duração aproximada de 60 minutos. Planeou-se a sua realização num local que permitisse a privacidade do utente, como por exemplo um gabinete, de acordo com a disponibilidade das instalações do serviço no momento das consultas. Relativamente aos recursos materiais necessários identificaram-se um esfigmomanómetro, uma balança, uma fita métrica e eventual material de suporte escrito informativo de apoio à consulta, materiais que pela sua existência no serviço não implicariam custos adicionais para o mesmo. O registo da informação relativa à consulta de enfermagem projetou-se ser no processo de enfermagem dos utentes.

Relativamente aos utentes a participar na consulta, foram selecionados dois utentes do grupo de utentes cuja enfermeira orientadora era a enfermeira de referência e

que apresentavam necessidades importantes ao nível dos focos de intervenção, de acordo com a perceção das enfermeiras acerca das necessidades desses utentes. Ambos os utentes, Rita e Francisco (nomes fictícios), apresentavam data da alta prevista compatível com o período da intervenção, eram assíduos ao Hospital de Dia e manifestavam interesse na frequência da consulta.

O principal risco que se identificou para a concretização da consulta foi a não comparência dos utentes à mesma, pelo que para o minimizar pretendeu-se que as consultas tivessem um carácter previsível, sendo realizadas no mesmo dia da semana, fossem planeadas previamente com os utentes, preferencialmente à mesma hora e de acordo com a sua conveniência, e que fossem lembradas as marcações efetuadas até que estivessem integradas como uma rotina.

Planeou-se que a consulta de enfermagem seria sistematizada com base no processo de enfermagem. A sistematização da assistência em enfermagem inclui cinco fases que têm sido propostas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados à pessoa com doença mental. A sua utilização permitirá ao enfermeiro subsidiar as intervenções realizadas na problemática dos aspetos psicoemocionais manifestados pelas pessoas com doença mental. Para além disso, a sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica é um instrumento útil para a construção de uma praxis mais eficaz ao nível da reabilitação psicossocial. (23)

Neste sentido Carvalho (22) refere que a sistematização da assistência de enfermagem, durante as consultas de enfermagem, torna os cuidados mais eficientes, humanizados e individualizados, para além de aumentar a autonomia do profissional e otimizar os cuidados prestados mantendo a sua qualidade. Acrescenta ainda que está a ser utilizada durante a consulta de enfermagem com bons resultados, oferecendo benefícios tanto para o profissional como para o cliente.

Para efetuar a colheita de dados inicial delineou-se a realização uma entrevista não estruturada ou não uniformizada, parcialmente estruturada. De acordo com Fortin (24) na entrevista não estruturada não são predeterminadas a formulação e sequência das questões, sendo o entrevistador que as dispõe livremente. Este tipo de entrevista é útil quando se pretende compreender a perspetiva do participante relativamente a um acontecimento ou fenómeno. A entrevista não estruturada pode assumir diferentes graus de estrutura, sendo que na parcialmente estruturada são formuladas questões a partir de uma lista de temas pré

definidos, em que o entrevistador as apresenta segundo uma ordem para ele conveniente. As questões formuladas são geralmente abertas, podendo ser gerais ou combinadas com subquestões, em que o participante pode ser convidado a prosseguir com a conversação ou a desenvolver mais uma ideia. Para este tipo de entrevista usa-se um guião com as grandes linhas dos temas pré definidos que se pretende explorar, não indicando a ordem ou a forma de colocar as questões.

Neste sentido, foi elaborado um guião de entrevista com as grandes linhas a explorar relativamente à Ingestão Nutricional, ao Fazer Exercício e à Adesão ao Regime Medicamentoso, focos de enfermagem selecionados (APÊNDICE 3).

Os diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem projetaram-se ser definidos a partir da CIPE® Versão 2 e os indicadores de avaliação baseados na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), uma vez que a CIPE® não possui classificação para indicadores de avaliação.

Determinou-se que as intervenções de enfermagem seriam planeadas com base nos resultados da evidência e no Modelo Transteórico (25), uma vez que este modelo constitui uma síntese de diversos modelos de mudança de comportamentos problemáticos, consagrando todo o processo de mudança (desde a advertência para a existência de um problema até ao momento em que este deixa de existir) e contemplando soluções multidimensionais.

A Teoria das Relações Interpessoais (26) e o Processo de Aconselhamento (27) foram selecionados para um papel de pano de fundo em toda a consulta de enfermagem, quer ao nível da análise das situações, comunicação e relação com o utente, quer ao nível de intervenções estruturadas a realizar.

Para implementar uma consulta de enfermagem no Hospital de Dia de Psiquiatria foi importante utilizar uma abordagem semelhante à aí efetuada, isto é, uma abordagem psicodinâmica. Neste sentido, utilizou-se como referência conceptual a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau, na medida em que esta constituiu um marco conceptual da enfermagem psicodinâmica.

Por outro lado, o Processo de Aconselhamento foi relevante na medida em que, numa posição teórica eclética, foca habilidades para uma ajuda interpessoal efetiva, auxiliando os indivíduos a planear, a tomar decisões, a lidar com as pressões da vida e crescer, adquirindo autoconfiança.

Torna-se assim necessário, seguidamente, abordar a Teoria das Relações Interpessoais, o Processo de Aconselhamento e Modelo Transteórico explicitando os seus pressupostos teóricos.

1.6.2.1 - TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Este modelo teórico constituiu uma referência conceptual não só para o desenvolvimento do PIS como para a realização do PAC.

Conceitos gerais

Para Peplau (26) são etapas importantes da enfermagem psicodinâmica o reconhecer, clarificar e construir uma compreensão dos acontecimentos quando o enfermeiro se relaciona de forma útil com o paciente, considerando que a intervenção de enfermagem foi proveitosa quando tanto o paciente como o enfermeiro se desenvolvem em consequência da aprendizagem nessa situação de enfermagem.

Na perspetiva da autora a enfermagem é um processo significativo, terapêutico e interpessoal, clarificando que, para o fim da prática de enfermagem, uma relação interpessoal é aquela em que duas pessoas chegam a conhecer-se suficientemente bem para fazer face aos problemas que surjam, de forma cooperativa. A enfermagem funciona também de forma cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio das comunidades.

Segundo a sua perspetiva de saúde mental esta implica o movimento progressivo da personalidade e outros processos humanos continuados na direção da vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária, sendo que os enfermeiros participam com outros profissionais na organização das condições que facilitam esse movimento. Refere-se assim à enfermagem como um instrumento educativo e uma força de maturação que aspira fomentar o progresso da personalidade nessa direção. A enfermagem é então vista como uma relação humana entre uma pessoa que está doente, ou necessita de serviços de saúde, e um enfermeiro com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda. Os enfermeiros procuram estabelecer as condições que ajudam os indivíduos e comunidades a satisfazer as suas necessidades.

De acordo com a autora as necessidades humanas, citando Symonds, geram tensão, que se expressa num comportamento que tem em vista a segurança, a satisfação de

necessidades, desejos ou anseios. Para a satisfação dessas necessidades é essencial a comunicação entre o enfermeiro e o paciente na relação interpessoal. Estas necessidades exigem perícia por parte do enfermeiro e tempo para conhecer o paciente como pessoa, de modo a que quando satisfeitas apareçam outras novas e mais maduras.

Os papéis em enfermagem

Peplau (26) identifica vários papéis desempenhados pelos enfermeiros e que são considerados necessários para fazer face aos problemas à medida que estes surgem.

Inicialmente, tanto o enfermeiro como o paciente são estranhos um para o outro. É aqui que o enfermeiro desempenha o **papel de estranho**. Para Peplau (26) é um princípio interpessoal o respeito e interesse positivo atribuído a um estranho, o que implica aceitar o paciente tal como ele é e tratá-lo como um estranho emocionalmente apto. As afirmações simples, claras e orientadoras sobre a situação e o motivo pelo qual se encontra nela são um procedimento útil e promotor de uma base para o desenrolar de outros papéis.

Nas situações em que se necessita de informação, de acordo com Peplau (26), o enfermeiro tem desempenhado um **papel de pessoa recurso**. Neste papel o enfermeiro funciona como uma fonte de conhecimentos e procedimentos técnicos necessários à promoção da saúde do paciente e comunidade.

Outro papel desempenhado pelo enfermeiro é o de **professor** que, tal como afirma Peplau (26), parece ser a combinação de todos os outros papéis. O enfermeiro fomenta o aprender pela experiência, através do desenvolvimento de planos e situações, de modo a obter resultados proveitosos tanto para o paciente como para o enfermeiro.

O enfermeiro pode também apresentar um **papel de líder** quando os pacientes se identificam com o enfermeiro e esperam que este lhes proporcione orientação para as suas dificuldades. Peplau (26) considera que o enfermeiro deve incluir na sua prática uma liderança democrática, na qual permite ao paciente ser membro ativo na elaboração do plano de cuidados.

Tal como analisa Peplau (26), quando o paciente inconscientemente considera o enfermeiro como outra pessoa distinta, podendo este simbolizar para o paciente uma figura materna, um irmão ou outra pessoa fora da constelação familiar, é atribuído ao enfermeiro um **papel de substituto**. Esta situação pode surgir quando o paciente se encontra numa situação que reativa sentimentos gerados numa situação anterior. Neste papel o paciente

em vez de se relacionar com o enfermeiro tal qual ele é, relaciona-se com ele em termos de uma relação anterior.

Outro papel identificado por Peplau (26) é o **papel de conselheiro**. Este papel tem a ver com a ajuda ao paciente relacionada com a forma como o paciente se sente com ele próprio e em relação ao que lhe acontece, numa perspetiva da sua doença. Na ótica da autora, o enfermeiro desempenha um papel de aconselhamento em enfermagem na ajuda ao paciente a recordar-se e a compreender plenamente o que lhe aconteceu, com o objetivo deste ser capaz de integrar essa sua experiência em outras experiências de vida em vez de a dissociar.

Na perspetiva de Peplau (26), a perícia no exercício destes papéis desenvolve-se na prática das situações de enfermagem sob uma competente supervisão.

Fases da relação enfermeiro-paciente

Peplau (26) reconhece e explica quatro etapas distintas da relação enfermeiro-paciente, que se sobrepõem, considerando-se interrelacionadas: orientação, identificação, exploração e resolução. Cada fase define tarefas e papéis exigidos ao enfermeiro nas diferentes situações.

Na fase de **orientação** o solicitar de assistência a partir da experiência de uma necessidade constitui o primeiro passo de uma experiência dinâmica de aprendizagem, a partir da qual se pode construir um crescimento pessoal e social. O paciente vai dando indícios sobre a forma de como vê a sua dificuldade, proporcionando ao enfermeiro a oportunidade de reconhecer carências de informação e compreensão, a partir das quais procede ao processo de clarificação com o objetivo de que a experiência possa ser integrada pelo paciente. Nesse processo de clarificação, a autora refere três tarefas nas quais o paciente geralmente necessita de ajuda profissional: a compreensão da sua dificuldade e da magnitude da necessidade de ajuda; a compreensão e planeamento do uso dos serviços que os profissionais podem oferecer; e a ajuda na libertação da tensão e ansiedade associadas às necessidades sentidas, permitindo que este expresse os seus sentimentos e seja consciente do que significam, usando uma escuta não diretiva. (26)

Na fase de **identificação** ocorre a identificação do paciente com os enfermeiros vistos como afáveis, otimistas e úteis para a solução dos seus problemas, adotando atitudes de afabilidade, otimismo e de solução dos problemas e ocorre a diminuição dos sentimentos relacionados com a ameaça à segurança, ao poder, aos sentimentos de

dignidade e valia experimentados na doença, com a identificação com pessoas que o ajudam a sentir-se menos ameaçado. (26)

A observação durante esta fase de identificação, se por um lado tem como objetivo a clarificação das expectativas do paciente em relação aos enfermeiros e à enfermagem, ajudando-o a aprender a fazer uso da relação enfermeiro-paciente, por outro lado permite a clarificação das preconcepções dos enfermeiros relativamente às suas faculdades para enfrentar o problema, ajudando-os a utilizar das suas habilidades para auxiliar o paciente a fazer uso pleno da relação, com o fim de resolver o seu problema (26).

Após a identificação do paciente com um enfermeiro que conhece e compreende as relações interpessoais da relação, este vai explorar todos os bens e serviços que lhe são oferecidos, iniciando-se a fase que Peplau(26) identifica como a **fase de exploração**. Nesta fase, o paciente sente-se como membro integrante de uma família, sentindo-se cómodo e bem cuidado, pelo que analisará todas as possibilidades da situação de troca, e ao mesmo tempo irá identificar-se e orientar-se para novas metas, como voltar a casa ou ao trabalho.

Na **fase de resolução**, a última fase descrita por Peplau (26), o paciente está pronto para abandonar os antigos laços e dependências e voltar a casa. A resolução implica, assim, a libertação gradual da identificação e a criação e fortalecimento da capacidade de atuar por si próprio, alcançada através da satisfação de todas as fases anteriores em termos de criança psicológica. É, desta forma, um processo de libertação em que o enfermeiro ajuda o paciente a organizar os seus atos nesta perspetiva.

1.6.2.2 - PROCESSO DE ACONSELHAMENTO

O aconselhamento é *“um processo interativo, caracterizado por uma relação única entre o conselheiro e o cliente, que leva este último a mudanças em uma ou mais das seguintes áreas: 1. Comportamento; 2. Construtos pessoais (...) ou preocupações emocionais relacionadas a essas percepções, 3. Capacidade para ser bem-sucedido nas situações de vida, de forma a aumentar ao máximo as oportunidades e reduzir ao mínimo as condições ambientais adversas, 4. Conhecimento e habilidades para tomada de decisão”* (27, p.20).

O processo de aconselhamento decorre numa sequência de fases progressivas, denominadas de descoberta inicial, exploração em profundidade, preparação para a ação e término, cumpridas em uma ou mais sessões dependendo da amplitude da preocupação do

cliente. Apesar da sequência de etapas, ao longo do processo poderão surgir novas preocupações que serão posicionadas numa etapa inicial, enquanto as primeiras alcançam uma etapa mais avançada, tendo sempre em conta que, apesar das fases do processo ocorrerem em relação a cada parte do problema, os vários aspetos da vida do cliente não podem ser totalmente isolados e tratados de forma independente. (27)

Na fase da **descoberta inicial** o cliente deve ser ajudado a articular as suas preocupações e a contextualizá-las, para que o conselheiro consiga compreender o significado e a importância que o cliente lhes atribui, permitindo ao cliente definir o problema. Para que o cliente comece a falar livremente clarificando as dimensões das suas preocupações e procure comunicar as suas ideias e sentimentos ao conselheiro, obtendo uma compreensão pessoal maior, é essencial como primeiro passo desta fase construir uma relação com o cliente. Existe um conjunto de condições que devem estar presentes para servirem de base à evolução do processo no sentido de uma experiência de exploração mais profunda, característica da segunda fase do aconselhamento. (27)

Inicialmente o conselheiro é uma pessoa relativamente estranha a quem o cliente irá revelar informação sobre si e a sua vida pessoal numa experiência que desconhece pelo que, mesmo o cliente voluntário, irá principiar com ansiedade e resistência. Neste sentido, o objetivo do conselheiro será ajudar o cliente a sentir-se à vontade para comunicar e menos ansioso para que possa entrar em contacto com percepções, emoções e convicções relevantes para as preocupações a trabalhar. (27)

Para promover a descoberta inicial torna-se então importante estimular a comunicação, não fazer ou dizer coisas que possam bloquear a comunicação e desenvolver condições interiores que permitam entrar em contacto significativo com o material relevante (27).

Para estimular a descoberta inicial existem quatro condições interiores essenciais promotoras da confiança no cliente: empatia, consideração positiva, autenticidade e concreção. As três primeiras foram descritas por Carl Rogers como características da relação de ajuda e a quarta por Egan, apresentado relevância para todo o processo. (27)

A segunda fase, a **exploração em profundidade**, tem como objetivo uma tomada de consciência por parte do cliente (insight) através da exploração de temas, padrões, preocupações e problemas significativos, alguns dos aspetos já identificados na primeira fase. Ao longo da exploração efetuada pelo cliente o conselheiro proporciona-lhe um feedback, através de habilidades como a empatia em alto grau, a imediação, a

confrontação, a interpretação e a dramatização, de modo a que elementos do pensamento (pressupostos, convicções, emoções, motivações e inconsistências) se tornem mais claros e emirjam para o plano perceptível, permitindo um processo de consciência do eu. As novas tomadas de consciência atuam como informação nova, sendo função do conselheiro geri-la de modo a que possa ser assimilada pelo cliente. (27)

Por vezes o processo de descrição das preocupações nas duas fases anteriores reduz a tensão do cliente e indica ações óbvias para resolver os problemas mas, maioritariamente, o processo de exploração em profundidade permite definir objetivos para os quais as ações não são evidentes, sendo necessário decidir quais serão as melhores através do desenvolvimento e reforço de um plano de ação (27).

Na fase de **preparação para a ação** a aplicação do método científico de resolução de problemas é de grande utilidade permitindo analisar os recursos disponíveis e tomar as decisões para a ação. Os passos do método científico utilizados são: determinar o problema claramente, reunir as informações necessárias, desenvolver e avaliar as alternativas, escolher e implementar um modo de ação, avaliar os resultados e, por fim, esclarecer os restantes problemas e, se necessário, repetir o processo. Por vezes a resolução de um problema, apesar de ter sido realizada como esperado, pode originar outro. (27)

Geralmente, o cliente teme a mudança, mesmo que esta seja desejada, uma vez que implica entrar em contacto com o desconhecido, inclui risco de fracasso e antigos comportamentos-problema para além de provocarem angústia também têm gratificações. Neste sentido o conselheiro deve dar apoio ao cliente para agir podendo ser efetuado de várias formas, nomeadamente: através do reforço positivo, debruçando-se sobre os benefícios positivos para o cliente decorrentes da ação; através da redução do medo de agir, efetuando planos para enfrentar possibilidades negativas; e através do “ensaio” em dramatizações, por exemplo, permitindo ao cliente treinar o comportamento e formas de lidar com as diferentes respostas. (27)

Por vezes, pode haver necessidade de envolver pessoas significativas para o cliente (pais, cônjuge, professores) para o ajudarem e apoiarem no processo de mudança, com a realização de planos desenvolvidos pelo cliente e dando-lhe o máximo de responsabilidade, de modo a que desenvolva habilidades e confiança e minimizando a sua dependência de outros (27).

A última fase do processo de aconselhamento é o **término** que ocorre quando o cliente tiver atingido o que esperava da experiência. Sendo uma decisão mútua, implica

também que o cliente apresente mudanças positivas no comportamento e no ânimo, melhor capacidade para lidar com a tensão e planos para o futuro. A sessão final pode servir para fazer uma revisão dos principais temas, das mudanças e momentos críticos ocorridos. (27)

Por vezes, quando o processo se estendeu por um longo período, o término pode ser uma experiência difícil tanto para o cliente como para o conselheiro, ocorrendo resistência à separação por lembrar experiências anteriores de perda, isolamento e rejeição. Para que o término seja eficaz proporcionar um encerramento positivo é importante. (27)

O aconselhamento nem sempre é bem sucedido e o cliente poderá não estar a fazer progressos. Nessas situações o encaminhamento para outra pessoa ou recurso da comunidade poderá ser adequado. (27)

1.6.2.3 - MODELO TRANSTEÓRICO

O modelo transteórico foi significado em quatro dimensões: os processos de mudança, os estádios de mudança, os prós e os contras e os níveis de mudança (25).

Os **processos de mudança** representam os tipos de atividades experimentadas pelo indivíduo na modificação do pensamento, comportamento ou afeções relacionadas com um problema particular. Foram identificados dez processos de mudança distintos, nomeadamente: aumento da consciência, relevo dramático, reavaliação ambiental, autorreavaliação, autolibertação, libertação social, relações de ajuda, gestão das contingências, contra condicionamento e controlo dos estímulos. (25)

Os **estádios de mudança** estão relacionados com aspetos intencionais e temporais da mudança, isto é, um estadio representa em simultâneo um período de tempo e um conjunto de tarefas necessárias para progredir para o estadio seguinte. Embora o tempo dispendido em cada estadio possa variar, as tarefas a cumprir assumem-se como invariáveis. (25)

Foram identificados cinco estádios de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (25). Para além disso, uma útil descoberta das pesquisas foi que processos de mudança particulares estão enfatizados ao longo dos diferentes estádios de mudança (Prochaska e Diclemente, 1983 apud 25).

Passar da pré-contemplação para a contemplação implica que o indivíduo se torne consciente do problema, admita o problema, que se confronte com defesas e aspetos habituais do problema que o tornam difícil de controlar e, também, que veja alguns dos

aspectos negativos do problema (25). Neste estadio o indivíduo não pretende mudar nos 6 meses seguintes (28). Neste sentido, o que pode ajudar estes indivíduos são intervenções de aumento de consciência para as causas, consequências e curas dos seus problemas, através de observações, confrontações e interpretações. Por vezes, tem que se ajudar os clientes a tornar-se mais conscientes das suas defesas antes de os tornar conscientes do que é que se estão a defender. Para além disso, o processo de relevo dramático promove no cliente experiências afetivas que podem fazer emergir emoções relacionadas com os comportamentos problemáticos. (25)

À medida que os indivíduos vão aumentando a consciência deles próprios e dos seus problemas, vão se tornando mais livres para se reavaliarem afetiva e cognitivamente, permitindo que avaliem quais os seus valores a manter ou a excluir. Para além disso, contempladores também utilizam a reavaliação ambiental para reavaliar os efeitos dos seus comportamentos no ambiente. A progressão da pré-contemplação para a contemplação e o movimento através da contemplação envolvem um uso crescente dos processos de mudança cognitivos, afetivos e avaliativos. (25) Na contemplação o indivíduo tem intenção de mudar nos próximos 6 meses (28).

A preparação implica uma prontidão para mudar num futuro próximo, geralmente nos próximos 30 dias (28), e aprender a partir das tentativas anteriores de mudança e falhas. Neste estadio o indivíduo está na iminência de agir pelo que se torna necessário estabelecer objetivos e prioridades concordantes entre ele e o terapeuta. Frequentemente, é desenvolvido um plano de ação, requerendo um firme compromisso no seguimento da opção de ação que o próprio cliente escolheu, começando tipicamente por pequenos passos em direção à ação. (25)

Durante a ação é importante que o cliente aja a partir de um sentimento de autolibertação, acreditando que tem autonomia para mudar a sua vida em áreas chave, ao mesmo tempo que aceita que forças coercivas fazem parte da vida. A autolibertação baseia-se na crença de que os esforços do próprio desempenham um papel essencial na superação de situações difíceis, aquilo a que Bandura (1977, 1982) chamou de autoeficácia. Para além disso, de forma a lidar com as circunstâncias externas que possam originar recaída, o cliente também tem de ser efetivo com processos comportamentais como o contra condicionamento e controlo dos estímulos. O treino também pode ser uma forma do terapeuta aumentar a probabilidade de sucesso da ação. (25) O estadio da ação geralmente tem uma duração de 1 a 6 meses (28).

A manutenção do sucesso é construída em cada uma das mudanças processuais anteriormente ocorridas e envolve uma avaliação das condições que possam levar o cliente a recair. É importante avaliar alternativas para lidar com tais situações sem recorrer a defesas derrotistas ou respostas patológicas. A continuação da aplicação do contra condicionamento e do controlo dos estímulos é mais eficaz quando existe a convicção de que a manutenção da mudança mantém o sentimento de self que é altamente valorizado pelo próprio e por um outro significativo. (25) A manutenção decorre entre 6 meses e 2 anos (28).

O terceiro elemento básico do modelo em questão é os **prós e os contras** da mudança, os quais representam os aspetos motivacionais e decisoriais da mudança. Através da metanálise realizada por Hall e Rossi (2003) verificou-se a existência de relação clara e consistente entre os estadios da mudança e os prós e contras da mudança, em variados tipos de problemas. Os contras da mudança foram superiores aos prós para pessoas em pré-contemplação e oposto aconteceu para pessoas em manutenção. Os prós da mudança são claramente superiores na contemplação do que na pré-contemplação, sendo que aí os prós e os contras equivalem-se refletindo a ambivalência que caracteriza o estadio da contemplação. Os prós e os contra invertem-se no estadio da preparação, acreditando que os esforços necessários para a ação poderão valer a pena. Quanto mais avançadas estão as pessoas nos estadios mais convencidas estão que lutar pela mudança vale a pena. (25)

O quarto elemento da abordagem transteórica é os **níveis de mudança** que representam uma organização hierárquica de cinco distintos, mas interrelacionados, níveis de problemas psicológicos: sintomas/ problemas situacionais, cognições maladaptativas, conflitos interpessoais atuais, conflitos familiares/ sistemas, conflitos intrapessoais. (25)

Nos sistemas de psicoterapia são atribuídos problemas psicológicos primariamente a um ou dois níveis e focam as suas intervenções nesses níveis. Terapeutas comportamentais ficam-se no sintoma e determinantes situacionais, os cognitivos em cognições maladaptativas, os terapeutas familiares ao nível da família/ sistemas e terapeutas analíticos em conflitos intrapessoais. Porém, estes níveis não são independentes, uma vez que ao mudar um nível é provável produzir mudanças a outro nível. Sintomas frequentemente envolvem conflitos intrapessoais e cognições maladaptativas refletem muitas vezes crenças e regras familiares/ sistémicas. (25)

O terapeuta completo deverá estar preparado para intervir em qualquer um dos níveis de mudança sendo que a sua preferência é começar pelo nível mais contemporâneo

que a sua avaliação e julgamento possam justificar. No entanto, é crucial que o cliente e o terapeuta estejam de acordo com o nível de atribuição do problema e o nível em que estão dispostos a abordá-lo enquanto trabalham no sentido da mudança. (25)

Existem três estratégias básicas para definir as intervenções através dos níveis de mudança. A primeira é a estratégia *mudando de níveis* que consiste em mudar de um nível mais alto para um nível seguinte e mais profundo de mudança, no caso do cliente não conseguir progredir através dos estádios num determinado nível de mudança. A segunda é a estratégia do *nível chave*, em que o nível de mudança escolhido é aquele cuja evidência disponível aponta como causal de um problema, desde que o cliente possa comprometer-se nesse nível, podendo ser trabalhado quase exclusivamente. A terceira é a estratégia *máximo impacto*, na qual são criadas intervenções para atingir múltiplos níveis de mudança, numa forma mais sinérgica do que sequencial. (25)

Em suma, a abordagem transteórica olha a integração terapêutica como uma aplicação diferenciada dos processos de mudança em estádios específicos de acordo com o nível de problema identificado (25).

Avaliações acuradas do estadio, nível e processos de mudança do cliente são cruciais nesta abordagem. O papel do terapeuta é de maximizar os esforços da automudança através da facilitação dos processos negligenciados, da sinalização dos processos usados em demasia, corrigir processos inapropriados, ensinar novos processos e redirecionar esforços de mudança para estádios e níveis de mudança adequados. (25)

1.7 - ETAPA DE EXECUÇÃO

A etapa de Execução da Metodologia de Projeto materializa tudo o que foi planeado (1). Esta etapa implica a pesquisa de dados, informações e documentos com vista à resolução do problema identificado (Carvalho et al apud 1), sendo toda a informação tratada de modo a preparar a ação a desenvolver (Leite et al apud 1). Desta fase espera-se aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências decorrente da investigação-ação realizada para resolução dos problemas que vão surgindo ao longo da intervenção (Nogueira apud 1).

ETAPA DE EXECUÇÃO	
OBJETIVO GERAL	Executar as intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental planeadas.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar o desenho da intervenção ao grupo alvo de atuação, numa perspetiva holística e adaptada a cada utente do grupo alvo; - Efetuar diagnósticos de enfermagem, identificando as necessidades concretas da cada utente relativas aos focos de intervenção selecionados; - Definir objetivos realistas com cada utente de modo a planear intervenções para os resultados esperados; - Planear intervenções, de acordo com os resultados esperados e o modo de abordagem do contexto, e executá-las.
ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar a colaboração e presença da orientadora de estágio; - Informar os utentes selecionados da nova oferta terapêutica, solicitando a sua participação voluntária; - Calendarizar atempadamente com cada um dos utentes as sessões a realizar; - Garantir o tempo, o espaço e outros recursos necessários para cada sessão; - Pesquisar e selecionar informação relevante relativa aos focos de intervenção; - Atuar tendo em conta a singularidade de cada utente e a interdependência das esferas biológica, psicológica, social, cultural e espiritual em cada um deles; - Registrar no processo de enfermagem de cada utente as informações relevantes da intervenção, em cada sessão. - Efetuar uma entrevista inicial a cada utente, com a colaboração da orientadora de estágio; - Colher dados objetivos (peso, altura, perímetro abdominal, dados laboratoriais, tensão arterial); - Identificar a partir da entrevista fatores que afetam negativamente os focos de intervenção, com a colaboração da orientadora de estágio; - Elaborar diagnósticos de enfermagem; - Determinar com o utente objetivos relativos a cada foco de intervenção, em cada sessão, que sejam exequíveis até à sessão seguinte, e que vão ao encontro tanto do desejado pelo utente e do que este se sente capaz como do desejável em termos de resultados em saúde; - Identificar recursos no utente para modificar positivamente os fatores que afetam negativamente os focos de intervenção, com a colaboração da orientadora de estágio, e utilizar esses recursos nas intervenções a planear; - Aplicar intervenções de âmbito psicoterapêutico, de reabilitação psicossocial e/ou psicoeducativo, com a colaboração da orientadora do estágio, compatíveis com a abordagem do serviço, que possam ser úteis para atingir os objetivos traçados com cada utente e selecionar as que melhor se adaptam a cada um deles; - Efetuar sessões de supervisão de cuidados com o professor orientador de estágio.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - A descrição da implementação da intervenção planeada; - O registo no processo de enfermagem de cada utente das informações relevantes decorrentes da intervenção, em cada sessão; - A avaliação efetuada pela orientadora de estágio relativa à intervenção efetuada.

RECURSOS NECESSÁRIOS	Material de pesquisa, um manual CIPE®, uma agenda, um local para a realização da consulta (exemplo: gabinete), os processos de enfermagem dos utentes, um esfigmomanómetro, uma balança, uma fita métrica e eventual material de suporte escrito informativo de apoio à consulta, o tempo dos orientadores e a colaboração dos utentes.
-------------------------	---

QUADRO 3 – Planeamento da Etapa de Execução

1.7.1 - A implementação da consulta de enfermagem

Na primeira consulta de cada um dos utentes foram identificadas as suas necessidades concretas relativas à Ingestão Nutricional, ao Fazer Exercício e à Adesão ao Regime Medicamentoso, com vista à elaboração de diagnósticos de enfermagem, através de uma entrevista inicial não estruturada, parcialmente estruturada.

Um dos utentes alvo foi Rita, de 45 anos, solteira e sem filhos. Encontrava-se desempregada desde setembro de 2011, tendo como escolaridade o ensino secundário completo e tendo frequentado vários ensinos superiores que não completou. Residia com os pais e uma irmã (de 42 anos). Apresentou como diagnósticos nosológicos em internamentos anteriores, de acordo com a sua história clínica, esquizofrenia, neurose de conversão, perturbação da personalidade histeriônica, perturbação da personalidade dependente, perturbação da personalidade borderline, perturbação depressiva maior e perturbação bipolar.

Após a análise das respostas de Rita percebeu-se que a utente sabia adquirir a medicação necessária e não tinha dificuldades nessa aquisição, compreendia o que lhe estava a ser prescrito, conhecia o efeito principal de cada medicamento, sabia distinguir os diferentes medicamentos e prepará-los para a toma de acordo com a prescrição médica (em dose e frequência). Negou história de abusos de medicação ou de ausência de tomas prescritas e apresentou uma atitude positiva quanto à medicação, na medida em que demonstrou compreensão da sua importância e não lhe atribuiu efeitos secundários indesejados. Neste sentido não se apuraram necessidades relativas ao foco Adesão ao Regime Medicamentoso, pelo que não foram elaborados diagnósticos de enfermagem a este nível.

No que concerne ao foco Ingestão Nutricional verificou-se que Rita tinha, na primeira consulta, um índice de massa corporal de 35,87 (1,66 m; 98,85Kg). Percebeu-se que a utente ingeria grandes quantidades de alimentos nas refeições em geral e que diariamente ingeria “bolos e chocolates” sic em grande quantidade. Referiu fazer

geralmente 5 refeições diárias, que incluíam legumes nas refeições principais, havendo com alguma frequência a ingestão de alimentos fritos e por vezes “sandes” sic ao jantar. Percebeu-se a existência de algum défice de conhecimentos principalmente ao nível da escolha adequada dos alimentos e proporções a ingerir ao longo do dia e ao nível da forma de confeção mais saudável dos alimentos. Para além de mencionar que tinha sempre apetite descreveu episódios de polifagia, muitas vezes associados a situações ansiogénicas para a utente, nas quais os alimentos ricos em açúcar tinham um papel principal, referindo que “o ambiente em casa não é bom e quando entro em casa é um descontrolo” sic, “muitas vezes como uma tablete de chocolate num dia” sic. Já tinha tentado fazer dieta anteriormente, sem sucesso, e à data da entrevista não fazia nada para tentar controlar a ingestão exacerbada de alimentos, porém referia não se sentir bem consigo própria nem com o seu aspeto. Considerou os conflitos familiares existentes uma das principais causas para a dificuldade no controlo da ingestão de alimentos referindo que “se o ambiente fosse mais tranquilo era mais fácil” sic. Relativamente à escolha e preparação dos alimentos mencionou que por vezes ajudava o pai a ir às compras mas que nunca confeccionava as refeições, nem estava envolvida na escolha das refeições preparadas. Acrescentou que, para além de ter dificuldade em conseguir um espaço de autonomia para preparar as refeições em casa (vive com ao pais e uma irmã), também tinha receio de não conseguir prepará-las sozinha. Tinha antecedentes de hipertensão arterial (HTA), controlada com medicação. Mostrava ter conhecimento que hábitos alimentares saudáveis e atividade física têm um efeito positivo no controlo da tensão arterial, no entanto não fazia nada intencionalmente para controlar esses fatores, acrescentando que “como a comida igual à do meu pai, que também tem a tensão alta e ele tem cuidado com o sal” sic. Não se detetaram fatores de risco para a HTA para além da ingestão aumentada de lípidos. Apresentava também antecedentes de hipotireoidismo, medicado com levotiroxina, apresentando, de acordo com os resultados das análises mais recentes, níveis de hormona tiroestimulante elevados a 21/04/2012 e dentro dos valores normais de referência a 03/05/2012 (tal como de triiodotironina livre e de tiroxina livre a 03/05/2012). Ainda nas análises de 03/05/2012 revelou índice de lipémia e nas últimas análises disponíveis avaliando os níveis de colesterol (a 16/08/2010) apresentou um colesterol total aumentado (206mg/dl) e colesterol LDL discretamente aumentado (125mg/dl). Não apresentou alterações da glicemia. Demonstrou compreender a importância de adquirir hábitos alimentares mais saudáveis, reconhecendo os comportamentos alimentares problemáticos, e mostrou-se interessada em

receber ajuda para mudar alguns dos seus comportamentos relacionados com a Ingestão Nutricional e Preparação dos Alimentos.

Tendo em conta estes dados colhidos na entrevista inicial foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem e, a partir da análise destes, os resultados esperados, de acordo com a CIPE® Versão 2:

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS
Obesa atual	Obesidade Diminuída
Ingestão Nutricional Comprometida	Ingestão Nutricional Melhorada
Conhecimento Sobre o Regime Dietético Diminuído	Conhecimento Sobre o Regime Dietético Efetivo
Comportamento Alimentar Compulsivo Atual	Comportamento Alimentar Compulsivo Diminuído
Dependência na Preparação dos Alimentos	Grau de Dependência na Preparação dos Alimentos Diminuído
Risco de Valor de Pressão Sanguínea Elevada	Valor de Pressão Sanguínea Normal

QUADRO 4 – Diagnósticos e resultados esperados para o foco Ingestão Nutricional relativos a Rita

De forma a atingir os resultados esperados foram delineadas intervenções, baseadas nos modelos anteriormente descritos, sendo que o modelo transteórico teve um papel de ênfase como guia orientador para a determinação do tipo e momento de aplicação das intervenções.

Todas as intervenções a seguir apresentadas foram descritas o mais possível em linguagem CIPE® Versão 2, no entanto houve necessidade de recorrer a termos adicionais de forma a clarificar as intervenções efetuadas, visto ser ainda uma linguagem em construção.

Tendo em conta que Rita reconheceu a existência de um problema relacionado com os seus comportamentos alimentares, compreendeu aspetos negativos nesses comportamentos, não só para si como para o ambiente familiar na medida em que é sujeita a críticas por parte dos pais e irmãs, e demonstrou capacidades avaliativas dos seus comportamentos quer cognitivamente quer afetivamente, apresentando muita vontade em mudar estes comportamentos, considerou-se que a utente se enquadrava no estadio de preparação, de acordo com o modelo transteórico.

Após delimitar o estadio de mudança foram determinadas as seguintes intervenções, tendo em vista as tarefas previstas para o estadio de preparação, de acordo com o modelo de Prochaska e Diclemente (25), tendo porém havido a necessidade de colmatar alguns aspetos referentes a estadios anteriores de forma a consolidar a progressão no estadio atual:

- *Aumentar a consciência do indivíduo para as causas do comportamento alimentar compulsivo, através de observações, confrontações e interpretações;*
- *Identificar e analisar com o indivíduo experiências afetivas relacionadas com comportamento alimentar compulsivo, promovendo uma reavaliação afetiva;*
- *Educar o indivíduo para o conhecimento sobre o regime dietético, promovendo uma reavaliação cognitiva do seu padrão alimentar;*
- *Identificar com o indivíduo prós e contras relativos ao regime dietético;*
- *Identificar com o indivíduo barreiras para o cumprimento de um regime dietético, assistindo-o na identificação de estratégias para ultrapassar essas barreiras;*
- *Analisar com o indivíduo tentativas anteriores de mudança relativas ao comportamento alimentar compulsivo, analisando as falhas ocorridas;*
- *Estabelecer objetivos claros, precisos e exequíveis, com o indivíduo, relativos ao regime dietético;*
- *Negociar com o indivíduo um regime dietético concreto e exequível, tendo em conta o seu contexto e interesses;*
- *Avaliar as expectativas do indivíduo relativas ao regime dietético delineado e, se necessário, ajustá-la;*
- *Determinar com o indivíduo uma data para iniciar o regime dietético delineado, de acordo com a sua prontidão subjetiva;*
- *Dar material de suporte ao indivíduo sobre o regime dietético negociado.*

Após concluídas estas intervenções com sucesso e após Rita se encontrar comprometida com o regime dietético negociado e pronta para o iniciar, foram elaboradas as seguintes intervenções direcionadas para as tarefas previstas no estadio seguinte do modelo transteórico, o estadio da ação:

- *Avaliar as dificuldades do indivíduo no cumprimento do regime dietético e, se necessário, proceder com este a ajustes do mesmo, no sentido de minimizar essas dificuldades;*
- *Identificar estratégias de controlo dos estímulos com o indivíduo, para prevenir a recaída, nomeadamente os episódios de polifagia;*
- *Identificar formas de contracondicionamento com o indivíduo, de forma a evitar a recaída;*
- *Identificar situações de recaída com o indivíduo e analisar as causas;*

- *Apoiar o indivíduo em situações de recaída, ajudando-o a lidar com ela;*
- *Assistir o indivíduo na reavaliação dos efeitos dos seus novos comportamentos relativos ao regime alimentar na dinâmica familiar;*
- *Reforçar positivamente o indivíduo nos comportamentos de adesão ao regime dietético, promovendo o sentimento de autoeficácia;*
- *Encorajar e elogiar o indivíduo em comportamentos de procura de autonomia na preparação dos alimentos.*

Relativamente ao foco Fazer Exercício Rita referiu não praticar nenhuma atividade física no momento, no entanto revelou intenção de iniciar uma atividade, que pela sua diminuição de preparação física e pelas suas dificuldades financeiras, seria a de fazer caminhadas. Já tinha praticado várias atividades no passado, como ginástica, danças de salão e idas ao ginásio, mas “já há muitos anos” sic. Demonstrou uma atitude muito positiva relativamente à prática de atividade física considerando-a muito importante para a saúde, “para a prevenção de doenças cardiovasculares, para melhorar a parte mental e para o aumento da autoestima” sic. Porém, revelou dificuldades em praticar uma atividade física relacionadas com o seu cansaço aos esforços, associando-o ao peso aumentado e à falta de preparação física, e relacionadas à autonomia diminuída pelo que referiu “não consigo ir sozinha” sic, “não consigo fazer nada sozinha, até para me vestir preciso de companhia” sic. Revelou insegurança relativamente ao início de uma atividade física e défice de conhecimentos relativamente à frequência, duração e forma de execução da atividade.

Tendo em conta estes dados colhidos na entrevista inicial foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem e, a partir da análise destes, os resultados esperados, de acordo com a CIPE® Versão 2:

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS
Nenhum Regime de exercício	Regime de exercício iniciado
Conhecimento sobre o regime de exercício diminuído	Conhecimento sobre o regime de exercício efetivo
Atitude face ao regime de exercício dependente	Atitude face ao regime de exercício independente

QUADRO 5 – Diagnósticos e resultados esperados para o foco Fazer Exercício relativos a Rita

A partir da análise da entrevista inicial considerou-se que Rita mostrou compreender a importância da prática de atividade física para a saúde e bem-estar e que demonstrou ter considerado a ausência de atividade física um problema para si, na medida em que mostrou vontade de iniciar uma atividade, já antevendo à partida a caminhada

como uma possibilidade que lhe seria agradável, e tentando encontrar um plano para a sua execução. Neste sentido, a utente revelou capacidade reavaliativa do seu comportamento e uma possível prontidão para mudar o comportamento num futuro próximo pelo que se considerou que se enquadrava no estadio de preparação, de acordo com o modelo transteórico.

No seguimento da delimitação do estadio de mudança foram determinadas as seguintes intervenções, tendo em vista as tarefas previstas para o estadio de preparação, de acordo com o modelo de Prochaska e Diclemente (25), tendo porém havido a necessidade de colmatar alguns aspetos referentes a estadios anteriores de forma a consolidar a progressão no estadio atual:

- *Aumentar a consciência do indivíduo para a relação entre o padrão relacional e a atitude face ao regime de exercício, através de observações, confrontações e interpretações;*

- *Identificar com o indivíduo prós e contras de um regime de exercício;*

- *Educar o indivíduo para o regime de exercício;*

- *Analisar com o indivíduo tentativas anteriores de mudança, relativas ao regime de exercício, e as falhas ocorridas;*

- *Identificar com o indivíduo barreiras para um regime de exercício e assisti-lo na identificação de estratégias para ultrapassar essas barreiras;*

- *Estabelecer objetivos claros, precisos e exequíveis, com o indivíduo, relativos ao regime de exercício;*

- *Negociar com o indivíduo um regime de exercício exequível, tendo em conta o seu contexto, interesses e dificuldades;*

- *Avaliar as expectativas do indivíduo relativas ao regime de exercício delineado e, se necessário, ajustá-las;*

- *Determinar com o indivíduo uma data para iniciar o regime de exercício planeado, de acordo com a sua prontidão subjetiva;*

- *Dar material de suporte ao indivíduo com informação relacionada com o regime de exercício.*

Após concluídas estas intervenções com sucesso e após Rita se encontrar comprometida com o regime de exercício negociado e pronta para o iniciar, foram

elaboradas as seguintes intervenções direcionadas para as tarefas previstas no estadio seguinte do modelo transteórico, o estadio da ação:

- *Avaliar as dificuldades do indivíduo no cumprimento do plano delineado e assisti-lo na resolução dessas dificuldades;*
- *Identificar estratégias com o indivíduo para prevenir a recaída, ajudando-o a gerir circunstâncias externas que a possam condicionar e identificando formas de contracondicionamento;*
- *Assistir o indivíduo na reavaliação dos efeitos dos seus novos comportamentos relativos ao regime de exercício na dinâmica familiar;*
- *Identificar com o indivíduo experiências afetivas relacionadas com o regime de exercício e promover a expressão de sentimentos relativamente a essas experiências;*
- *Reforçar positivamente o indivíduo nos comportamentos de adesão ao regime de exercício, promovendo o sentimento de autoeficácia;*
- *Encorajar e elogiar o indivíduo em comportamentos de procura de autonomia na realização de atividades do quotidiano.*

O segundo utente alvo da intervenção foi Francisco, de 34 anos, divorciado e sem filhos. Encontrava-se desempregado, tendo trabalhado anteriormente como Web designer. Residia com os pais. Tinha como diagnóstico nosológico esquizofrenia. Apresentava como antecedentes pessoais um status pós laqueação de safena por tromboflebite, apendicectomia, colecistectomia (2010), cirurgia ao joelho e cirurgia proctológica.

Relativamente à análise das respostas de Francisco à entrevista inicial no que se refere ao foco Adesão ao Regime Medicamentoso percebeu-se que o utente sabia adquirir a medicação necessária e não tinha dificuldades financeiras para essa aquisição. Embora tenha referido dificuldades em sair de casa sozinho já tinha encontrado estratégias para adquirir a medicação numa farmácia sem necessitar da ajuda de outros, referindo que “só vou a duas farmácias (...) que é onde já conheço as pessoas” sic. Explicou que compreendia o que lhe estava a ser prescrito, que conhecia o efeito principal de cada medicamento, que sabia distinguir os diferentes medicamentos e prepará-los para a toma de acordo com a prescrição médica (em dose e frequência). Porém, tinha história de abusos de medicação, dos quais resultaram um internamento no final de 2011, que o próprio solicitou, já durante a frequência do Hospital de Dia, pelo que estava sujeito a toma da medicação supervisionada pelas enfermeiras do serviço. Associou estes abusos da

medicação a momentos de angústia mencionando que “só me queria apagar” sic. Referiu que se tomasse a medicação sem supervisão que acreditava que na atualidade não cometeria abusos. Relatou ainda uma história anterior de abandono da medicação em 2007 porque “achava que o médico me estava a controlar” sic, referindo relativamente a essa altura “deixei de dormir e fiquei descompensado” sic, mas não associando esse facto à cessação da toma da medicação. À data da consulta tinha como medicação prescrita: Cloropromazina 100mg/dia, Clozapina 400mg/dia, Escitalopram 20mg/dia, Topiramato 300mg/dia, Metformina 1000mg/dia, Trazadone 250mg/dia, Vytorin 30mg/dia, Folicil 5mg/dia. Atribuiu à medicação efeitos para si indesejados como o “cansaço, aumento de peso, tonturas e problemas sexuais” sic. Referiu também alterações no sono, nomeadamente insónia inicial e por vezes o sono interrompido, acrescentando que ainda assim tinha tido melhorias significativas no sono após a cirurgia aos cornetos a que tinha sido submetido no presente ano. Apresentou também uma atitude negativa relativamente à medicação na medida em que considerou que a medicação não fazia efeito ao nível do sono, para além dos efeitos indesejados que lhe atribuiu. Não apresentou alterações do hemograma nas últimas análises realizadas (a 17/05/2012).

Tendo em conta estes dados colhidos na entrevista inicial foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem e, a partir da análise destes, os resultados esperados, de acordo com a CIPE® Versão 2:

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS
Adesão ao Regime Medicamentoso Diminuída	Adesão ao Regime Medicamentoso Efetiva
Conhecimento Sobre o Processo Patológico Diminuído	Conhecimento Sobre o Processo Patológico Melhorado

QUADRO 6 – Diagnósticos e resultados esperados para o foco Adesão ao Regime Medicamentoso relativos a Francisco

Uma vez que Francisco estava numa fase de preparação para a alta do Hospital de Dia, referiu não ter apoio informal ao nível da supervisão da medicação, mostrou-se motivado para iniciar um processo para a toma autónoma da medicação (vontade de mudar num futuro próximo), demonstrou consciência do problema de abusos de medicação ao solicitar o último internamento acreditando que não o voltaria a fazer (início de sentimentos de autolibertação), de acordo com o modelo transteórico, considerou-se que Francisco se encontrava no estadio de preparação.

Após delimitar o estadio de mudança foram determinadas as seguintes intervenções, tendo em vista as tarefas previstas para o estadio de preparação, de acordo

com o modelo de Prochaska e Diclemente (25), tendo porém havido a necessidade de colmatar alguns aspetos referentes a estadios anteriores de forma a consolidar a progressão no estadio atual:

- *Aumentar a consciência do indivíduo para a relação entre a recaída e a não adesão ao regime medicamentoso, através de observações, confrontações e interpretações*
- *Aumentar a consciência do indivíduo para o abuso de substâncias, como a medicação, como forma de defesa;*
- *Analisar com o indivíduo situações anteriores de não adesão ao regime medicamentoso e as suas possíveis causas;*
- *Ensinar o indivíduo sobre o processo patológico;*
- *Dar material de suporte ao indivíduo com informação relacionada com o processo patológico e o regime medicamentoso;*
- *Identificar estratégias com o indivíduo no sentido de evitar a não adesão ao regime medicamentoso, tendo em conta as suas experiências anteriores;*
- *Identificar com o indivíduo prós e contras relativos à adesão ao regime medicamentoso;*
- *Identificar com o indivíduo barreiras à adesão ao regime medicamentoso, incluindo os efeitos secundários da medicação, assistindo-o na identificação de estratégias para minimizar essas barreiras;*
- *Treinar com o indivíduo a preparação da medicação conforme regime medicamentoso prescrito;*
- *Estabelecer objetivos claros, precisos e exequíveis, com o indivíduo, relativos à toma da medicação;*
- *Negociar com o indivíduo um plano exequível e objetivo para iniciar a toma da medicação no domicílio;*
- *Negociar com o indivíduo uma data para iniciar a toma da medicação no domicílio, tendo em conta a sua prontidão subjetiva e a data provável da sua alta clínica.*

Após concluídas estas intervenções e após Francisco se encontrar comprometido com o plano de inicio da toma da medicação no domicílio negociado e com prontidão subjetiva para o iniciar, foram elaboradas as seguintes intervenções direcionadas para as tarefas previstas no estadio seguinte do modelo transteórico, o estadio da ação:

- *Avaliar as dificuldades do indivíduo no cumprimento do regime medicamentoso*

- Reforçar as estratégias identificadas com o indivíduo para evitar o abuso de substâncias (medicação) de forma a controlar os estímulos;

- Identificar com o indivíduo experiências afetivas relacionadas com a toma da medicação no domicílio e promover a expressão de sentimentos relativamente a essas experiências;

- Identificar com o indivíduo formas de contracondicionamento para evitar a recaída;

- Reforçar positivamente o indivíduo nos comportamentos de adesão ao regime medicamentoso e nos aspetos reveladores do cumprimento do plano delineado, promovendo o sentimento de autoeficácia.

Relativamente ao foco Fazer Exercício apurou-se, após a entrevista inicial, que Francisco já tinha praticado várias artes marciais, que parou em 2008 (quando regressou a Portugal na sequência de um quadro de descompensação) e que na atualidade praticava musculação. Inicialmente praticava três vezes por semana mas, ao longo do tempo, passou a praticar uma vez por semana “por falta de motivação” sic. Revelou também o cansaço como uma dificuldade para a prática de atividade física. Referiu ainda que praticava na companhia de um amigo, que se deslocava a sua casa onde tem os materiais para a musculação e que esta companhia promovia a manutenção desta rotina semanal. Quando questionado acerca da possibilidade de aumentar o número de sessões de exercício com o amigo, referiu que este não tinha possibilidades financeiras para se deslocar mais vezes até sua casa. Para além disso, percebeu-se que não considerava a possibilidade de praticar atividades físicas aeróbias (podendo, por exemplo, acompanhar a mãe nas suas caminhadas) uma vez que estas decorriam maioritariamente no exterior do domicílio. Negou o interesse por outra atividade atualmente e referiu “custa-me sair de casa (...) sinto-me mal por causa das paranoias com as pessoas” sic. A escolha da musculação relacionou-se com o facto de gostar da sensação de ter força acrescentado “gostava de ter muita força” sic. Competir consigo próprio para levantar cada vez mais peso foi identificado também como um fator motivador da prática deste exercício. Revelou uma perspetiva positiva relativamente ao exercício ao referir bem-estar com a prática de musculação e identificou como benefícios da atividade física “dá saúde e estimula o metabolismo” sic. Demonstrou algum défice de conhecimentos relacionados com o aquecimento e arrefecimento durante a sua prática de exercício.

Tendo em conta estes dados colhidos na entrevista inicial foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem e, a partir da análise destes, os resultados esperados, de acordo com a CIPE® Versão 2:

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS
Conhecimento Sobre o Regime de Exercício Diminuído	Conhecimento Sobre o Regime de Exercício Efetivo
Regime de Exercício Comprometido	Regime de Exercício Efetivo

QUADRO 7 – Diagnósticos e resultados esperados para o foco Fazer Exercício relativos a Francisco

Apesar de Francisco ter uma rotina semanal de prática de exercício físico esta era abaixo dos níveis recomendados e não era realizada nas fases aconselhadas. Por outro lado, Francisco já tinha praticado musculação três vezes por semana (como lhe foi recomendado) assemelhando-se nessa altura ao estadio da ação do modelo transteórico o qual não foi bem sucedido. Para além disso, Francisco revelou gosto pela prática da musculação e encontrava nela várias vantagens. Neste sentido, de acordo com o modelo transteórico, considerou-se que Francisco se encontrava no estadio de preparação relativamente à prática de musculação.

Após delimitar o estadio de mudança foram determinadas as seguintes intervenções, tendo em vista as tarefas previstas para o estadio de preparação, de acordo com o modelo de Prochaska e Diclemente (25), tendo porém havido a necessidade de colmatar alguns aspetos referentes a estadios anteriores de forma a consolidar a progressão no estadio atual:

- *Assistir o indivíduo na identificação de respostas de má adaptação no seu padrão de exercício;*
- *Educar o indivíduo para o regime de exercício tendo em conta o padrão de exercício avaliado, promovendo nele uma reavaliação cognitiva;*
- *Dar material de suporte ao indivíduo com informação relacionada com o regime de exercício;*
- *Aumentar a consciência do indivíduo para a relação entre a sua resistência para a prática de um regime de exercício aeróbio e a sua dificuldade na realização de atividades no exterior do domicílio, através de observações, confrontações e interpretações;*
- *Identificar com o indivíduo prós e contras relativos ao regime de exercício;*
- *Identificar com o indivíduo experiências afetivas relacionadas com o regime de exercício e promover a expressão de sentimentos relativamente a essas experiências;*

- Aumentar a consciência do indivíduo para a relação entre a necessidade de ser forte fisicamente e a vontade de ser forte emocionalmente, promovendo uma reavaliação afetiva;

- Identificar com o indivíduo barreiras relativas ao regime de exercício, assistindo-o na identificação de estratégias para minimizar essas barreiras;

- Estabelecer objetivos claros, precisos e exequíveis, com o indivíduo, relativos ao regime de exercício;

- Negociar com o indivíduo um regime de exercício concreto e exequível, tendo em conta o seu contexto, interesses e dificuldades;

- Avaliar as expectativas do indivíduo relativas ao regime de exercício e, se necessário, ajustá-las;

- Negociar com o indivíduo uma data para iniciar o regime de exercício planeado, de acordo com a sua prontidão subjetiva;

- Reforçar positivamente o indivíduo nos comportamentos de adesão ao regime de exercício, promovendo o sentimento de autoeficácia.

No que concerne ao foco Ingestão Nutricional verificou-se que Francisco tinha, na primeira consulta, um índice de massa corporal de 35,24 (1,92m; 129,90Kg). Apurou-se que era seguido há mais de 6 meses por nutricionista, seguindo uma dieta secundária a esse seguimento que resultou, até à data da consulta, numa perda de cerca de 15Kg. Percebeu-se que cumpria parcialmente essa dieta, no entanto referiu não ter autonomia na seleção dos alimentos que ingeria às refeições principais bem como na forma como eram confeccionados. Manifestou também dificuldade em ingerir as porções designadas na dieta quando a quantidade que lhe era servida no prato era superior, acrescentado que era a mãe que lhe servia o prato. A ingestão de alimentos fritos, o baixo consumo de legumes e a ingestão de doces (principalmente gelado) cerca de 4 vezes por semana após o jantar, destacaram-se como os principais incumprimentos, acerca dos quais revelou conhecimento e consciência de serem comportamentos mal adaptativos numa alimentação saudável. Referiu história de episódios de polifagia ou de ingestão de alimentos ricos em açúcar associados a situações de tristeza ou ansiedade que à data da consulta não ocorriam, mencionando que “agora sinto-me bem” sic. Atribuiu o aumento de peso à medicação antipsicótica, referindo que esta lhe aumentava o apetite e lhe provocava “cansaço” sic ficando menos disponível para fazer exercício. Demonstrou acreditar que só com a redução das doses de clozapina conseguiria perder peso. Relativamente aos resultados laboratoriais

associados a este foco não foram encontradas alterações ao nível das hormonas tiroideias, índice de lipémia ou glicemia (últimas análises a 28/02/2012). Em análises anteriores encontraram-se alterados os triglicerídeos, o colesterol HDL e o colesterol total/HDL (a 24/10/2011, a 01/07/2011 e a 24/02/2011).

Tendo em conta estes dados colhidos na entrevista inicial foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem e, a partir da análise destes, os resultados esperados, de acordo com a CIPE® Versão 2:

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS
Obeso Atual	Obesidade Diminuída
Risco de Comportamento Alimentar Compulsivo	Ausência de Comportamento Alimentar Compulsivo
Dependência na Preparação dos Alimentos	Grau de Dependência na Preparação dos Alimentos Diminuído
Atitude Face ao Status Nutricional Comprometida	Atitude Face ao Status Nutricional Melhorada

QUADRO 8 – Diagnósticos e resultados esperados para o foco Ingestão Nutricional relativos a Francisco

Tendo em conta que Francisco cumpria um plano dietético há mais de 6 meses que, embora parcialmente, tinha resultados efetivos, de acordo com o modelo transteórico considerou-se que o utente se encontrava na fase de manutenção em relação ao foco Ingestão Nutricional.

Após delimitar o estadio de mudança foram determinadas as seguintes intervenções, tendo em vista as tarefas previstas para o estadio de manutenção, de acordo com o modelo de Prochaska e Diclemente, tendo porém havido a necessidade de colmatar alguns aspetos referentes a estadios anteriores de forma a consolidar o estadio atual:

- *Aumentar a consciência do indivíduo para a influência do padrão alimentar e de exercício no aumento de peso, melhorando a atitude face ao status nutricional, através de observações, confrontações e interpretações e de psicoeducação;*
- *Avaliar a compreensão e a satisfação do indivíduo relativamente ao regime dietético instituído pela nutricionista;*
- *Identificar com o indivíduo prós e contras relativos ao regime dietético instituído;*
- *Identificar com o indivíduo experiências afetivas relacionadas com o cumprimento do regime dietético e promover a expressão de sentimentos relativamente a essas experiências;*

- *Incentivar o indivíduo na procura da autonomia na preparação dos alimentos, apoiando-o nas suas dificuldades;*
- *Reforçar positivamente o indivíduo em comportamentos de procura de autonomia na preparação dos alimentos;*
- *Determinar condições desencadeantes de recaída relativamente ao regime dietético, analisando experiências anteriores com o indivíduo;*
- *Identificar com o indivíduo estratégias para controlar estímulos à não adesão ao regime dietético, tendo também em conta os fatores precipitantes encontrados;*
- *Reforçar positivamente o indivíduo nos comportamentos de adesão ao regime dietético, promovendo o sentimento de autoeficácia.*

Pode verificar-se nas intervenções realizadas que, no que se refere aos níveis de mudança abordados, foi utilizada a estratégia que Prochaska e Diclemente (25) denominaram de impacto máximo, ocorrendo uma intervenção sinérgica em múltiplos níveis de mudança (principalmente ao nível do sintoma/problema situacional, das cognições mal adaptativas e dos conflitos intrapessoais).

Durante a consulta de enfermagem procurou-se estimular a comunicação, de forma verbal e não verbal. Evitou-se dar conselhos, dar aulas, questionar excessivamente e contar histórias, de modo a evitar bloquear a comunicação, tal como é descrito por Patterson e Eisenberg (27). Para além disso, procurou-se ter uma atitude empática, de consideração positiva pelo utente, de autenticidade e concreção, atitudes relevantes no processo de aconselhamento. Outras atividades realizadas com base no processo de aconselhamento foram a promoção de feedback de forma a fazer emergir emoções, motivações, inconsistências e padrões de relacionamento e a prestação de apoio para a ação e mudança, muitas vezes temida pelos utentes, através do reforço positivo, da evidência dos benefícios e da elaboração de planos de ação.

Baseado no modelo teórico de Peplau (26), em traços gerais, ao longo da intervenção procurou-se estabelecer uma relação interpessoal significativa e cooperativa com os utentes de forma a ajudá-los a fazer face aos seus problemas, facilitando o seu movimento progressivo em direção a uma vida construtiva, através do poder educativo e de maturação da enfermagem. Os utentes foram orientados para a perceção e compreensão dos seus problemas e suas facetas e para a compreensão das suas reações aos sintomas dos problemas, sendo orientados para a ajuda disponível e ajudados a melhorar a consciência das situações ligadas ao problema promovendo o controlo voluntário. Foi promovida a

identificação dos utentes com atitudes de otimismo, afabilidade e de solução dos problemas e proporcionada oportunidade de exploração de soluções, ajudando-os a reexperimentar sucessos anteriores. Procurou-se fomentar a sua libertação gradual através do fortalecimento da capacidade de atuar por si mesmos. Ao longo destas fases da relação, definidas por Peplau (26), foram desempenhados sobretudo os papéis de estranho, de pessoa recurso, de professor, de líder (democrático) e de conselheiro, descritos pela autora.

Tal como enfatizaram Patterson e Eisenberg (27), o término das consultas foi previamente preparado, tendo sido permitido aos utentes expressar o significado do mesmo, revendo os acontecimentos positivos para os utentes decorrentes da consulta, exprimindo o significado e aprendizagens da experiência da consulta para nós e evidenciando as alternativas de acompanhamento futuro disponíveis para os utentes, proporcionando desta forma um encerramento positivo. A preparação do término implicou também que nós próprios, previamente, tomássemos consciência das nossas próprias dificuldades de separação que, para além de beneficiar a forma de finalização das consultas, contribuiu para o nosso autoconhecimento e crescimento pessoal, tal como Peplau (26) vem confirmar.

1.8 - ETAPA DE AVALIAÇÃO

Na Metodologia de Projeto o processo e o produto final assumem relevo similar (Castro et al apud 1), pelo que a avaliação de ambos está implicada na Etapa de Avaliação (1). Avaliar um projeto envolve a verificação da concretização dos objetivos previamente delineados (1), analisar os fatores contributivos para a ausência da sua consecução e definir possíveis estratégias que possibilitem a sua realização (Nogueira apud 1). Para além disso, devem ser contemplados alguns aspetos relativos às circunstâncias do trabalho, à adequação dos percursos e à realização do previsto (Leite et al apud 1), sendo também importante que os elementos possam dar o seu parecer sobre o que foi desenvolvido (interesses, satisfação, sugestões, etc) (1).

ETAPA DE AVALIAÇÃO	
OBJETIVO GERAL	Avaliar as intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental executadas.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar se os objetivos delineados em relação a cada utente foram atingidos, recorrendo a indicadores de avaliação; - Avaliar a intervenção em serviço realizada e o seu processo de implementação.

ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar indicadores de avaliação para cada objetivo traçado e analisar esses indicadores ao longo das sessões; - Registrar a avaliação dos objetivos no processo de enfermagem; - Determinar, no final do estágio, quais os objetivos atingidos na totalidade e quais os não atingidos e analisar criticamente esses resultados; - Efetuar sessões de supervisão de cuidados com o professor orientador de estágio; - Questionar a percepção dos utentes em relação à intervenção realizada, na última sessão; - Analisar criticamente se a intervenção selecionada foi adequada, tendo em conta a forma como decorreu a sua implementação e os resultados obtidos em saúde para os utentes; - Identificar pontos fortes, pontos fracos e falhas na intervenção implementada, elaborando propostas de melhoria, com a colaboração dos orientadores do estágio.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - O registo da avaliação dos objetivos traçados no processo de enfermagem de cada utente; - A análise dos resultados atingidos em termos dos objetivos traçados com cada utente; - O explicitar da percepção dos utentes relativamente à intervenção realizada e o realizar de uma análise crítica relativa ao processo de implementação da intervenção.
RECURSOS NECESSÁRIOS	Os processos de enfermagem dos utentes alvo da intervenção, o manual de Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), o tempo e colaboração dos orientadores de estágio e dos utentes alvo da consulta de enfermagem.

QUADRO 9 – Planeamento da Etapa de Avaliação

1.8.1 - Avaliação dos resultados da consulta de enfermagem

No sentido de avaliar os resultados obtidos através das intervenções de enfermagem realizadas durante a consulta de enfermagem, precedeu-se, a partir dos resultados esperados, à seleção de resultados de enfermagem e seus indicadores de avaliação na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (29).

No que se refere às intervenções efetuadas com Rita no âmbito do foco Ingestão Nutricional, foram utilizados os seguintes resultados de enfermagem e seus indicadores:

RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INDICADORES
Controlo do peso , definido por “Ações pessoais para atingir e manter um excelente peso corporal” (29 p.337)	<p>Mantém o padrão alimentar recomendado;</p> <p>Busca auxílio profissional conforme a necessidade;</p> <p>Usa sistemas de apoio pessoal para auxiliar a mudar o padrão alimentar;</p> <p>Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos;</p>

RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INDICADORES
	Planeia estratégias para as situações que afetam a ingestão de alimentos; Demonstra progresso em relação ao peso ideal; Come somente para saciar a fome.
Estado nutricional: ingestão de nutrientes , definido por “Adequação do padrão de nutrientes ingeridos” (29 p. 424)	Ingestão de gorduras; Ingestão de carboidratos; Ingestão de fibras.
Peso: Massa Corporal , definido por “Congruência do peso do corpo, dos músculos e da gordura com a altura, a complexão, o género e a idade” (29 p.519)	Peso.
Conhecimento: Dieta , definido por “Extensão da compreensão sobre a dieta recomendada” (29 p. 276)	Descrição da dieta; Descrição dos alimentos a serem evitados; Descrição das orientações para o preparo dos alimentos; Descrição de um plano de cardápios usando as orientações da dieta; Descrição de estratégias para mudar os hábitos alimentares.
Crenças de saúde: Percepção da Capacidade de Desempenho , definido por “Convicção pessoal de que pode manifestar determinado comportamento de saúde” (29 p. 340)	Percepção de que o comportamento de saúde requer esforço razoável; Confiança relacionada a experiências passadas com o comportamento de saúde.
Motivação , definido por “Vontade interior que movimenta ou estimula o indivíduo a uma ação positiva” (29 p. 468)	Faz planos para o futuro; Desenvolve um plano de ação; Aproveita oportunidades de fazer contribuições; Aceita responsabilidades para ações; Expressa intenção de agir.
Autonomia Pessoal , definido por “Atividades pessoais de um indivíduo competente para exercer a organização das próprias decisões da vida” (29 p. 224)	Toma decisões livremente sem sofrer pressão dos pais.
Apetite , definido por “Desejo de comer quando doente ou em tratamento” (29 p. 186)	Desejo intenso por comida.
Estado Circulatório , definido por “Fluxo sanguíneo unidirecional, livre de obstruções e com pressão adequada nos grandes vasos da circulação sistêmica e pulmonar” (29 p. 386)	Pressão arterial sistólica; Pressão arterial diastólica.

QUADRO 10 – Resultados e enfermagem e seus indicadores para o foco Ingestão Nutricional relativos a Rita

Na primeira consulta de enfermagem Rita apresentava, relativamente ao indicador peso, um desvio grave dos parâmetros normais, apresentando 98,85Kg (Peso ideal entre 51 e 68 Kg em relação à altura) e um IMC de 35,87 (Obesidade de grau II). Após o início das intervenções para o foco Ingestão Nutricional o peso mais baixo avaliado foi de 95,70Kg

(IMC de 34,73 – Obesidade de grau I), tendo sido avaliado no dia 5 de julho (última consulta) um peso de 96,50Kg (IMC de 35,02 - Obesidade de grau II). No final das consultas de enfermagem o indicador peso, apesar da perda de cerca de 2 Kg, manteve-se como um desvio grave dos parâmetros normais. O resultado esperado de obesidade diminuída foi discretamente atingido e, tendo em conta o curto período da intervenção, não seria esperada uma perda de peso muito significativa.

Para além disso, no que se refere ao indicador demonstra progresso em relação ao peso ideal, inicialmente Rita nunca demonstrou e no final da intervenção muitas vezes demonstrou, não só por ter apresentado uma diminuição de peso mas também por alteração do estado noutros indicadores nomeadamente: na manutenção do padrão alimentar recomendado muitas vezes demonstrado, quando em situações anteriores, segundo a utente, raramente demonstrado; na busca de auxílio profissional conforme a necessidade que, anteriormente, raramente demonstrado (só em algumas situações de internamento) e no final muitas vezes demonstrado (aparentemente devido ao fácil acesso dessa ajuda, mesmo fora do contexto da consulta); no uso de sistemas de apoio pessoal para auxiliar a mudar o padrão alimentar anteriormente nunca demonstrado (não negociava as refeições que os pais ofereciam) e no final às vezes demonstrado (através de negociações relativas à seleção e preparação dos alimentos); na identificação de estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos muitas vezes demonstrado (com crítica para estados ansiosos e de tristeza geradores de polifagia) e, anteriormente, às vezes demonstrado; no planejar de estratégias para as situações que afetam a ingestão de alimentos às vezes demonstrado (como por exemplo para as refeições de fim de semana, que geralmente eram mais abundantes e de estratégias para controlar o apetite em situações de ansiedade) e anteriormente nunca demonstrado; na perceção de que o comportamento de saúde requer esforço razoável moderada, enquanto anteriormente era muito fraca; na confiança relacionada a experiências passadas com o comportamento de saúde moderada, enquanto anteriormente era muito fraca; na ingestão de gorduras substancialmente adequada e, anteriormente, não adequada; na ingestão de carboidratos moderadamente adequada e, anteriormente, não adequada; e na ingestão de fibras completamente adequada e, anteriormente, moderadamente adequada.

Os três últimos indicadores referidos bem como a manutenção do padrão alimentar recomendado muitas vezes demonstrado comprovam, também, que o resultado ingestão nutricional melhorada foi atingido.

Relativamente ao resultado conhecimento sobre o regime dietético efetivo Rita demonstrou uma descrição da dieta extensa, uma descrição dos alimentos a serem evitados substancial, uma descrição das orientações para o preparo dos alimentos moderada, uma descrição de um plano de cardápios usando as orientações da dieta moderada e uma descrição de estratégias para mudar os hábitos alimentares moderada, quando anteriormente estas descrições eram limitadas, pelo que este resultado foi atingido.

No que se refere ao resultado comportamento alimentar compulsivo diminuído Rita evidenciou um desejo intenso por comida moderadamente comprometido quando, inicialmente, era severamente comprometido, tendo ocorrido uma diminuição significativa de compulsão alimentar, nomeadamente associado a situações ansiogénicas e de tristeza, uma vez que come somente para saciar a fome muitas vezes, enquanto anteriormente raramente era demonstrado, pelo que este resultado foi atingido.

Em relação ao resultado grau de dependência na preparação dos alimentos diminuído, segundo a utente, relativamente ao foco em questão, inicialmente raramente demonstrou tomar decisões livremente sem sofrer pressão dos pais e, no final das intervenções, às vezes demonstrou (como por exemplo na realização da sua sopa ao sábado e na participação na elaboração de algumas refeições, mesmo com uma opinião desfavorável dos pais). Para além disso, em relação à preparação dos alimentos, às vezes demonstrou fazer planos para o futuro (nomeadamente preparar refeições sozinha ao fim de semana), desenvolver um plano de ação (nomeadamente para a preparação da sua sopa), aproveitar oportunidades de fazer contribuições (contribuindo para a confeção de refeições e na ida ao supermercado), aceitar responsabilidades para ações (como por exemplo na procura de receitas com alimentos saudáveis) e expressar intenção de agir. Tendo estes indicadores em consideração denota-se que este resultado foi moderadamente concretizado.

Relativamente ao resultado valor de pressão sanguínea normal tanto no início como até ao final da consulta de enfermagem os indicadores pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica apresentaram-se não comprometidos, pelo que este resultado foi efetivo.

Quanto às intervenções efetuadas com Rita no âmbito do foco Fazer Exercício, foram utilizados os seguintes resultados de enfermagem e seus indicadores:

RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INDICADORES
Conhecimento: Atividade Física Prescrita , definido por “Extensão da compreensão sobre atividade e exercício” (29 p.263)	Descrição dos efeitos esperados da atividade; Descrição de obstáculos à implementação de uma rotina de exercícios; Descrição de um plano realista de exercícios; Descrição do desempenho adequado do exercício.
Aptidão Física , definido por “Capacidade para desempenhar atividades físicas com vigor” (29 p.191)	Desempenho de atividades físicas; Desempenho de exercícios de rotina.
Comportamento de adesão , definido por “Ação autoiniciada para promover o bem-estar, a recuperação e a reabilitação”(29 p.241)	Usa estratégias para eliminar comportamento não saudável.
Autonomia Pessoal , definido por “Atividades pessoais de um indivíduo competente para exercer a organização das próprias decisões da vida” (29 p. 224)	Demonstra independência no processo de tomada de decisão; Declara preferências pessoais.
Motivação , definido por “ Vontade interior que movimenta ou estimula o indivíduo a uma ação positiva” (29 p. 468)	Obtém apoio necessário; Aproveita oportunidades de fazer contribuições; Expressa intenção de agir.

QUADRO 11 – Resultados de enfermagem e seus indicadores para o foco Fazer Exercício relativos a Rita

No que se refere ao resultado esperado conhecimento sobre o regime de exercício efetivo, após as intervenções, Rita procedeu a uma descrição do desempenho adequado do exercício substancial quando anteriormente era limitada, descreveu um plano realista de exercícios de forma substancial quando anteriormente não apresentava nenhuma descrição de plano de exercícios, executou uma descrição dos efeitos esperados da atividade moderada quando anteriormente era limitada (os efeitos eram pouco realistas) e efetuou uma descrição de obstáculos à implementação de uma rotina de exercícios substancial quando anteriormente era moderada (melhorou a crítica relacionada com a dificuldade em ir caminhar sem a companhia do pai). Neste sentido considera-se que este resultado foi atingido.

Relativamente ao resultado esperado regime de exercício iniciado Rita demonstrou um desempenho de exercícios de rotina moderadamente comprometido (tenta fazer três vezes por semana mas por vezes não vai por indisponibilidade do pai, quando vai andar com o pai por vezes tem que parar algumas vezes a caminhada pelo cansaço manifestado pelo pai) quando anteriormente era severamente comprometido (não praticava nenhuma rotina de exercício físico). Por outro lado Rita apresentou, no final das

intervenções, um desempenho de atividades físicas levemente comprometido (passou a usar escadas em vez de elevador, a sair na paragem de autocarro anterior na ida ao Hospital de Dia, a ajudar em algumas tarefas domésticas, nomeadamente confeccionar refeições, e a fazer algumas caminhadas no tempo excedentes após o almoço do Hospital de Dia), enquanto anteriormente era muito comprometido. Esta mudança de estado no último indicador demonstrou também que Rita aproveitava oportunidades de fazer contribuições (para aumentar a atividade física) num nível muitas vezes demonstrado, enquanto anteriormente era raramente demonstrado, revelando aumento da sua motivação para a prática de exercício. Tendo em consideração estes indicadores considerou-se que este objetivo foi atingido.

No que respeita ao resultado atitude face ao regime de exercício independente Rita manifestou que declarava preferências pessoais muitas vezes (como o tipo de exercício que preferia, o locais de prática de eleição, que queria uma companhia, os dias da semana convenientes, entre outras), enquanto anteriormente como não tinha a expectativa de um plano de exercício nunca demonstrava preferências pessoais relativamente a este aspeto. No entanto na demonstração de independência no processo de tomada de decisão manteve o nível nunca demonstrado, relativamente à rotina de exercício físico (dependeu sempre da decisão do pai para a acompanhar e da realização da atividade “movimento” do Hospital de Dia). Para além disso, Rita demonstrou que usava estratégias para eliminar comportamento não saudável num nível de às vezes demonstrado (nos dias da semana escolhidos para realizar as caminhadas e na procura de companhia para as realizar), enquanto anteriormente num nível nunca demonstrado, mostrando também que obtinha apoio necessário muitas vezes, enquanto anteriormente nunca o procurava, apesar desse apoio não se ter revelado o mais adequado para manter uma rotina de exercício. Rita revelou compreender a necessidade de independência na prática de exercício expressando intenção de agir num nível às vezes demonstrado, enquanto anteriormente se situava no nunca demonstrado, porém nunca conseguiu colocar em prática essa intenção. Sendo assim, este resultado de independência face ao regime de exercício ficou muito aquém do esperado. É de ressaltar que para a obtenção de uma maior independência relativamente ao regime de exercício foram treinadas situações simples de realização autónoma de atividades de vida diária, bem sucedidas, como a preparação da sua sopa sozinha, a ida à farmácia e à cabeleireira sozinha, que no indicador aproveita oportunidades de fazer contribuições adquire um nível de às vezes demonstrado em relação a um nível de nunca demonstrado.

No que se refere às intervenções efetuadas com Francisco no âmbito do foco Adesão ao Regime Medicamentoso, foram utilizados os seguintes resultados de enfermagem e seus indicadores:

RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INDICADORES
Autocuidado: Medicação Não-parenteral , definido por “Capacidade de administrar de forma independente medicamentos orais e tópicos para atingir as metas terapêuticas, com ou sem ajuda de acessório” (29 p. 220)	Administra a dosagem correta; Realiza atividades de automonitorização.
Motivação , definido por “Vontade interior que movimenta ou estimula o indivíduo a uma ação positiva” (29 p. 468)	Desenvolve um plano de ação; Expressa acreditar na sua capacidade de desempenhar ações.
Controlo de Riscos , definido por “Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir ameaças modificáveis à saúde” (29 p. 321)	Reconhece fatores de risco; Desenvolve estratégias eficazes para o controlo de riscos; Compromete-se com estratégias de controlo de riscos.
Conhecimento: Processo da Doença , definido por “Extensão da compreensão sobre o processo de uma doença específica” (29 p.288)	Descrição de precauções para prevenir complicações; Descrição dos sinais e sintomas das complicações.

QUADRO 12 – Resultados de enfermagem e seus indicadores para o foco Adesão ao Regime Medicamentoso relativos a Francisco

Relativamente ao resultado esperado adesão ao regime medicamentoso efetiva Francisco expressou acreditar na sua capacidade de desempenhar ações, nomeadamente a preparação e toma da medicação autonomamente sem cometer abusos, muitas vezes, enquanto anteriormente nunca tinha expressado, possivelmente por ainda não ter sido confrontado com a problemática da toma da medicação após a alta. Durante as consultas Francisco desenvolveu um plano de ação consistentemente demonstrado, enquanto anteriormente nunca demonstrou. Apesar de às vezes ter demonstrado o reconhecimento de fatores de risco para o abuso da medicação, no final das consultas demonstrou-o muitas vezes (nomeadamente relacionados com situações de angústia e com as alterações do sono). Durante as consultas desenvolveu estratégias eficazes para o controlo de riscos (abuso de medicação) num nível de muitas vezes demonstradas, quando anteriormente nunca demonstrou estas estratégias. Neste contexto, Francisco demonstrou muitas vezes comprometer-se com essas estratégias de controlo de riscos (descreveu-as várias vezes ao longo das consultas, expressou que se comprometia a utilizá-las em caso de necessidade e referiu tê-las utilizado). Uma vez que, após ter ficado com a medicação a seu cargo, não

cometeu abusos de medicação e cumpriu o regime medicamentoso conforme prescrito o indicador administra a dosagem correta revelou-se não comprometido, enquanto em situações anteriores esteve severamente comprometido ou, imediatamente antes de ter a medicação a seu cargo, não havia risco de compromisso em termos de abuso uma vez que a medicação lhe era fornecida para uma dose diária. Dado referir não ter apoio informal para monitorização da toma da medicação no domicílio o utente realizou atividades de automonitorização aparentemente não comprometidas (não apresentou sinais de sonolência, tristeza, angústia como em situações anteriores de abuso), enquanto anteriormente a sua automonitorização estava severamente comprometida pelos graves abusos medicamentosos cometidos. Tendo em consideração a alteração de estado nestes indicadores considerou-se que o resultado adesão ao regime medicamentoso efetiva foi concretizado.

No que se refere ao resultado esperado conhecimento sobre o processo patológico melhorado, em ligação à adesão ao regime medicamentoso, Francisco procedeu a uma descrição de precauções para prevenir complicações (nomeadamente as relativas à recaída) e a uma descrição dos sinais e sintomas das complicações (nomeadamente da recaída) moderadas, enquanto que anteriormente eram limitadas, pelo que se considerou que este resultado foi atingido.

No que se refere às intervenções efetuadas com Francisco no âmbito do foco Fazer Exercício, foram utilizados os seguintes resultados de enfermagem e seus indicadores:

RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INDICADORES
Conhecimento: Atividade Física Prescrita , definido por “Extensão da compreensão sobre atividade e exercício” (29 p.263)	Descrição dos efeitos esperados da atividade; Descrição de obstáculos à implementação de uma rotina de exercícios; Descrição do desempenho adequado do exercício.
Aptidão Física , definido por “Capacidade para desempenhar atividades físicas com vigor” (29 p.191)	Desempenho de atividades físicas; Desempenho de exercícios de rotina.
Motivação , definido por “Vontade interior que movimenta ou estimula o indivíduo a uma ação positiva” (29 p. 468)	Desenvolve um plano de ação; Apresenta comportamento direcionado e autoiniciado para uma finalidade; Obtém apoio necessário; Expressa intenção de agir.

QUADRO 13 – Resultados de enfermagem e seus indicadores para o foco Fazer Exercício relativos a Francisco

Relativamente ao resultado esperado conhecimento sobre o regime de exercício efetivo Francisco procedeu a uma descrição dos efeitos esperados da atividade (musculação) e dos obstáculos à implementação de uma rotina de exercícios (dificuldades sociais, o “cansaço” sic, dificuldade em fazer sozinho o exercício) moderada e a uma descrição do desempenho adequado do exercício substancial, enquanto no início das consultas estas descrições eram limitadas, pelo que se considerou que este resultado esperado foi atingido.

Em relação ao resultado esperado regime de exercício efetivo Francisco demonstrou desenvolver um plano de ação consistentemente, quando anteriormente nunca tinha demonstrado um plano, apresentando comportamento direcionado e autoiniciado para uma finalidade (ter a companhia do amigo para praticar musculação mais um dia por semana) de modo consistente, enquanto anteriormente nunca demonstrou. Através das suas atividades para praticar musculação mais uma vez por semana obteve apoio necessário (do amigo) consistentemente, enquanto anteriormente nunca demonstrou procura de apoio nesse sentido. Apesar de manter o desempenho de exercícios de rotina moderadamente comprometido desde o início das consultas (segundo o utente melhorou a adequação do exercício nas fases de aquecimento e arrefecimento, mas manteve a frequência de 1 vez por semana), Francisco expressou intenção de agir consistentemente no sentido de concretizar o seu plano para aumentar os níveis de exercício (tendo já combinado com o amigo uma data para aprender o caminho para sua casa e tendo já o acordo de praticar musculação juntos mais uma vez por semana), enquanto anteriormente nunca tinha demonstrado. Relativamente ao indicador desempenho de atividades físicas este manteve-se muito comprometido (não realizava qualquer atividade para além da musculação), referindo ter empregada doméstica pelo que não necessitava contribuir para a realização de atividades domésticas e manifestando não ter interesse nem vontade de realizar outra forma de aumento de atividade. Neste sentido, apesar de Francisco ter demonstrado mudanças significativas ao nível da motivação para obter um regime de exercício efetivo, até à data da última consulta, este resultado esperado não foi concretizado.

No que se refere às intervenções efetuadas com Francisco no âmbito do foco Ingestão Nutricional, foram utilizados os seguintes resultados de enfermagem e seus indicadores:

RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INDICADORES
Controlo do peso , definido por “Ações pessoais para atingir e manter um excelente peso corporal” (29 p.337)	Mantém o padrão alimentar recomendado; Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos; Planeia estratégias para as situações que afetam a ingestão de alimentos; Usa sistemas de apoio pessoal para auxiliar a mudar o padrão alimentar; Come somente para saciar a fome; Demonstra progresso em relação ao peso ideal.
Estado nutricional: ingestão de nutrientes , definido por “Adequação do padrão de nutrientes ingeridos” (29 p. 424)	Ingestão de gorduras; Ingestão de carboidratos; Ingestão de fibras.
Peso: Massa Corporal , definido por “Congruência do peso do corpo, dos músculos e da gordura com a altura, a compleição, o género e a idade” (29 p.519)	Peso.
Apetite , definido por “Desejo de comer quando doente ou em tratamento” (29 p. 186)	Desejo intenso por comida.
Autonomia Pessoal , definido por “Atividades pessoais de um indivíduo competente para exercer a organização das próprias decisões da vida” (29 p. 224)	Demonstra independência no processo de tomada de decisão; Declara preferências pessoais.
Crenças de Saúde , definido por “Convicções pessoais que influenciam comportamentos de saúde” (29 p. 339)	Perceção dos benefícios da ação.
Comportamento de Busca de Saúde , definido por “Ações pessoais para promover um ótimo bem-estar, recuperação e reabilitação” (29 p. 243)	Adere a estratégias autodesenvolvidas para eliminar comportamento não saudável.

QUADRO 14 – Resultados de enfermagem e seus indicadores para o foco Ingestão Nutricional relativos a Francisco

Na primeira consulta de enfermagem Francisco apresentava, relativamente ao indicador peso, um desvio grave dos parâmetros normais, apresentando 129,90Kg (Peso ideal entre 68 e 92Kg em relação à altura) e um IMC de 35, 24 (Obesidade de grau II). Após o início das intervenções para o foco Ingestão Nutricional o peso mais baixo avaliado foi de 128,30Kg (IMC de 34,80 – Obesidade de grau I), tendo sido avaliado no dia 28 de junho (última consulta) um peso de 131,70Kg (IMC de 35,73 - Obesidade de grau II) e um perímetro abdominal de 123 cm (tendo apresentado uma redução de 2 cm nas duas últimas semanas da intervenção). No final das consultas de enfermagem o indicador peso mantém-

se com um desvio grave dos parâmetros normais, tendo ocorrido um aumento de 1,8Kg. Porém Francisco demonstrou manter o padrão alimentar recomendado muitas vezes, tal como anteriormente, passando a ingerir gorduras, carboidratos e fibras de forma moderadamente adequada, enquanto anteriormente era levemente adequada. Para além disso, manifestou identificar estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos num nível às vezes demonstrado, quando anteriormente era raramente demonstrado. Tendo em conta a alteração de estado nos indicadores supracitados considerou-se que Francisco revelou progresso em relação ao peso ideal num nível de às vezes demonstrado face a um nível raramente demonstrado (nos últimos 5 meses antes da consulta o peso variou entre 131,65-128,90Kg e não procurou alterar o consumo de gorduras, carboidratos e fibras, nem pensar sobre os estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos). No entanto, relativamente ao resultado esperado obesidade diminuída, não se considerou que este tenha sido atingido.

No que se refere ao resultado esperado ausência de comportamento alimentar compulsivo Francisco manifestou um desejo intenso por comida levemente comprometido mas comeu somente para saciar a fome muitas vezes demonstrado, tal como no início das consultas, não tendo ocorrido situações sinalizadas de ingestão compulsiva de alimentos, pelo que este resultado foi atingido. Para além disso, Francisco demonstrou planear estratégias para as situações que afetam a ingestão de alimentos (nomeadamente na presença de desejo intenso por comida) às vezes demonstrado, enquanto anteriormente raramente demonstrado, o que veio reforçar a ausência de comportamento alimentar compulsivo.

Em relação ao resultado esperado grau de dependência na preparação dos alimentos diminuído Francisco manifestou planear estratégias para as situações que afetam a ingestão de alimentos (ao nível da necessidade de controlar a comida que apresentava no prato) de forma consistente, enquanto que anteriormente nunca demonstrou. O utente declarou preferências pessoais (no que se refere aos alimentos selecionados e forma de confeção) num nível às vezes demonstrado, enquanto anteriormente nunca demonstrado e demonstrou independência no processo de tomada de decisão num nível muitas vezes demonstrado face a um nível anterior de nunca demonstrado, na medida em que passou a servir-se a si próprio decidindo sobre as quantidades alimentares colocadas no prato. Sendo assim, considerou-se que o resultado esperado em questão foi concretizado.

Relativamente ao resultado esperado atitude face ao status nutricional melhorada Francisco revelou uma forte percepção dos benefícios da ação (nomeadamente que a alimentação e exercício físico têm influência no peso mesmo quando efeitos secundários da medicação estão presentes e que uma alimentação saudável é muito importante não só em relação ao peso mas em relação à manutenção da saúde e qualidade de vida, pelo que manter a dieta tal como recomendada pela nutricionista é uma ação benéfica), quando anteriormente essa percepção era fraca (entendia que não valia a pena o esforço de melhorar o padrão alimentar devido ao aumento de peso secundário à medicação). Por outro lado, demonstrou muitas vezes adesão às estratégias autodesenvolvidas para eliminar comportamento não saudável (estratégias de controlo do apetite, estratégias para controlar a comida no seu prato), enquanto anteriormente não demonstrava essas estratégias. Neste sentido considerou-se que o resultado esperado em questão foi atingido.

Após o exposto, verificou-se que para Rita a ingestão nutricional melhorada, o conhecimento sobre o regime dietético efetivo, o comportamento alimentar compulsivo diminuído, o valor de pressão sanguínea normal, o conhecimento sobre o regime de exercício efetivo e o regime de exercício iniciado foram resultados atingidos; a obesidade diminuída e o grau de dependência na preparação dos alimentos diminuído foram resultados modestamente concretizados; e a atitude face ao regime de exercício independente ficou muito aquém do esperado. Em relação a Francisco apurou-se que a adesão ao regime medicamentoso efetiva, o conhecimento sobre o processo patológico melhorado, o conhecimento sobre o regime de exercício efetivo, a ausência de comportamento alimentar compulsivo, o grau de dependência na preparação dos alimentos diminuído e a atitude face ao status nutricional melhorada foram resultados atingidos; e o regime de exercício efetivo e a obesidade diminuída foram considerados resultados não concretizados.

Concluiu-se que os resultados esperados, tanto para Francisco como para Rita, foram concretizados na sua maioria. Porém, ao nível da mudança dos estilos de vida (alimentação e exercício físico) as intervenções foram menos bem sucedidas tendo como um dos possíveis fatores determinantes a curta duração da consulta enfermagem, que não permitiu avaliar resultados de comportamentos expectáveis já após a consulta e avaliar o efeito a longo prazo da alteração de alguns comportamentos alimentares associados à promoção do regime de exercício. Considerou-se que a continuidade destas consultas

nestes utentes traria resultados satisfatórios e mais consistentes no que se refere aos resultados esperados em geral e que um seguimento dos resultados após o término das consultas seria útil na percepção da efetividade das intervenções a longo prazo e no comportamento autogerido. Para além disso, verificou-se que o défice de autonomia destes utentes foi um obstáculo difícil de ultrapassar, muitas vezes ligado a questões de padrão relacional, de dinâmica familiar e da própria patologia, pelo que os resultados destas consultas, continuadas em simultâneo com outras intervenções terapêuticas realizadas no Hospital de Dia (como por exemplo o grupo multifamiliar e a psicoterapia grupal analítica), poderiam revelar-se potenciados por essas intervenções, principalmente em utentes em início de tratamento no serviço como Rita

1.8.2 - Avaliação da implementação da consulta de enfermagem

Para avaliar a consulta de enfermagem tornou-se relevante conhecer a percepção dos utentes, Francisco e Rita, acerca da mesma, pelo que na última consulta lhes foram colocadas algumas questões. A partir dessas questões percebeu-se que os utentes a consideraram positiva referindo “achei útil”sic, “os temas foram úteis”sic, “deu para pensar em algumas coisas”sic, “gostei muito, tenho pena que tenham terminado”sic, “aprendi muito”sic. Ao nível dos benefícios da consulta manifestaram que “dá para pensar nas coisas e pensar a dois” sic, “mudei algumas coisas no meu comportamento”sic, “aprendi muitas coisas novas, mas é difícil seguir tudo à risca”sic, “ajudou-me a mudar muitos dos meus comportamentos, principalmente alimentares. Gostava de ser uma pessoa nova”sic. Relativamente ao facto de ser uma intervenção individual os utentes mencionaram que “gostei que fosse individual”sic, “deu para falar de coisas que em grupo não dá”,sic “há mais privacidade”sic, “é muito melhor”sic. Relativamente à forma como se sentiram nas consultas referiram “à vontade” sic, “sem pressão”sic, “senti-me muito bem e ajudada” sic, “acompanhada”sic. No que concerne a sugestões para melhoria estas não foram obtidas, sendo as respostas dos utentes “nada, não me ocorre nada neste momento porque gostei muito”sic e “nada”sic.

Outro aspeto importante a avaliar da intervenção é o seu processo de implementação. A implementação da consulta, no geral, decorreu como planeado e sem problemas. Houve a necessidade de alterar dois dias da consulta, um devido à existência de um feriado e outro pelo planeamento de uma saída ao exterior coincidentes com o dia da

consulta, de forma a possibilitar um maior número de sessões. O facto de não ter existido um local fixo pré-determinado para a realização das consultas trouxe a existência de algumas interrupções durante a mesma e, por vezes, a necessidade de abreviar a sua parte final, pelo que, apesar de não ter interferido com as intervenções realizadas, este é um aspeto que se poderá procurar melhorar em situações futuras. Os modelos e teorias seleccionados demonstraram ser aplicáveis à intervenção. A aplicação da intervenção não envolveu custos adicionais para a instituição e os utentes aderiram à intervenção.

Os ganhos em saúde obtidos pelos utentes com a realização da consulta de enfermagem são preditivos da adequação da forma de intervenção para os focos de atenção de enfermagem seleccionados. Tal como analisado no ponto anterior a maioria dos resultados esperados para cada utente foi atingida, convertendo-se em resultados em saúde positivos para os mesmos, pelo que se poderá intuir que a forma de intervenção utilizada não é desapropriada face aos focos de atenção de enfermagem seleccionados.

Para além disso, as intervenções efetuadas durante a consulta de enfermagem foram seleccionadas tendo em conta a sua evidência ao nível dos focos de enfermagem.

No que se refere ao foco Adesão ao Regime Medicamentoso as intervenções foram baseadas num modelo teórico organizador, que permitiu a elaboração de planos de coping e efetuar uma abordagem ao nível cognitivo e motivacional, tal como é defendido por Zygmunt et al (16). Para além de técnicas motivacionais foram utilizadas técnicas de resolução de problemas nas intervenções executadas, tal como Cardoso e Galera (15) referem serem eficazes.

Foram também realizadas intervenções comportamentais, como por exemplo ao nível do treino, da determinação de estratégias concretas e da implementação de um plano de ação, tal como Zygmunt et al (16) analisaram ser efetivas. Combinadas com estas foram efetuadas intervenções educacionais (relativas ao processo patológico em ligação à adesão ao regime medicamentoso) identificadas como eficazes por Cardoso e Galera (15). Estas intervenções educacionais promovem que o utente se torne num consumidor mais eficaz dos cuidados de saúde, sendo este um fator determinado por Cardoso e Galera (15) como promotor da adesão à medicação.

Foram realizadas intervenções direcionadas apenas para a adesão medicamentosa em vez de intervenções com vista à resolução de múltiplos problemas, as quais, segundo Zygmunt et al (16), revelavam maior probabilidade de sucesso.

Em relação aos focos Ingestão Nutricional e Fazer Exercício as intervenções realizadas basearam-se no modelo transteórico, considerado como promissor para a mudança comportamental nestas áreas, tal como referem Adams e White (20) e Toral e Slater (19). Este modelo possibilitou o conhecimento dos aspetos que motivavam os indivíduos a alterar ou a manter os seus comportamentos alimentares, como por exemplo através da determinação dos prós e contras do comportamento, essencial para a mudança (Buttriss apud 19).

Tal como encontrado nos dados da evidência, foi promovida a automonitorização do comportamento alimentar e de exercício (Menza et al apud 21), comunicado o risco face aos comportamentos, incentivado o uso do suporte social (de amigos e familiares) (Menza et al apud 21) e proporcionado conhecimento (sobre hábitos alimentares saudáveis, sobre a prática adequada de exercício, sobre fatores que influenciam os comportamentos mal adaptativos, entre outros) (19; 17; Faulkner apud 21; Alvarez-Jiménez et al apud 21; Menza et al apud 21). Foram combinadas técnicas de conhecimento, consciência (incluindo o feedback do comportamento) e facilitação (incluindo o suporte profissional e a promoção de material escrito) e a estas ainda se associou a técnica de intenção (incluindo o estabelecimento de metas específicas) (17) eficaz na promoção de dietas saudáveis quando combinada com a facilitação. Para além disso, procurou-se fomentar a autoeficácia (por exemplo desenvolvendo estratégias de controlo dos estímulos e proporcionando reforço positivo) (Menza et al apud 21). (18)

As intervenções realizadas tiveram em consideração as características singulares dos utentes (19; 21) e a perceção dos seus níveis de conhecimento, consciência, motivação e autoeficácia individuais (18).

Os utentes foram pesados no mesmo momento do dia, com roupa leve e sem sapatos, utilizando a mesma escala tal como recomendam Verhaeghe et al (17).

Pode assim concluir-se que os moldes em que se desenvolveu a consulta de enfermagem demonstraram uma adequação da prática à evidência encontrada, de forma a obter resultados em saúde.

Como pontos fortes desta intervenção podem enfatizar-se o facto de a consulta ter sido sistematizada e ter tido um conjunto de teorias e modelos orientadores para a sua realização, permitindo assim a sua uniformização e limitando a dependência do seu sucesso em relação ao enfermeiro que a executa; a presença de intervenções baseadas na

evidência aumentando a probabilidade de sucesso das mesmas; e a sua inserção num contexto psicoterapêutico forte e variado.

Como falhas e pontos fracos da intervenção destacam-se a ausência de um instrumento para determinar os estadios de mudança em relação a cada foco de enfermagem (pelas limitações temporais impostas e a sua relação com o tempo necessário para aprovação da aplicação de um instrumento); a inexistência de indicadores de avaliação na mesma linguagem que os resultados esperados (CIPE ®) havendo necessidade de recorrer a múltiplos indicadores de resultados da NOC, aumentando a probabilidade de erro de medição em relação ao que se pretendia medir efetivamente; a necessidade de recorrer a termos adicionais para a construção das intervenções em linguagem CIPE ® para que estas ficassem claras para o leitor; o tempo necessário para aplicar essa linguagem.

Neste sentido, para melhorar a intervenção em situações futuras propõe-se a criação de um catálogo CIPE® ao nível do serviço para utilizar nas consultas de enfermagem; a criação de uma lista de indicadores de avaliação para os diferentes focos de enfermagem da consulta que, posteriormente, permitam ao enfermeiro seleccionar os mais adaptados aos resultados esperados de cada utente; a seleção de instrumentos para determinar os estadios de mudança relativos aos focos de enfermagem; a utilização da aplicação da CIPE® na consulta de enfermagem para determinar os termos adicionais necessários e remete-los para as entidades competentes, de modo a contribuir para a construção desta linguagem.

Relativamente ao PIS em geral, os objetivos propostos para cada etapa foram alcançados, tal como se pode verificar pela demonstração da concretização dos indicadores definidos em cada etapa.

1.9 - ETAPA DE DIVULGAÇÃO

A divulgação dos resultados é uma fase importante na implementação de um projeto. Na área da saúde, sendo esse projeto um meio de resolução de um problema ou de suprimimento de uma necessidade a sua divulgação permitirá dar a conhecer o projeto à população externa, sensibilizar para o problema em questão e discutir as estratégias adotadas para a sua resolução, servindo de exemplo para outros serviços e instituições. Para além disso, possibilitará aos utentes o conhecimento dos esforços da instituição na

melhoria dos cuidados e poderá ser útil no fornecimento de informação científica tanto para os utentes como para os profissionais. (1)

ETAPA DE DIVULGAÇÃO	
OBJETIVO GERAL	Divulgar os ganhos em saúde para os utentes que decorreram das intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar à equipa de enfermagem as intervenções realizadas e os seus resultados em termos de ganhos em saúde para os utentes; - Elaborar um artigo relativo ao PIS para posteriormente o submeter a apreciação para publicação.
ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Redigir o Trabalho de Projeto; - Selecionar uma revista para possível publicação do artigo e consultar a sua política de publicação dos artigos.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - A realização da apresentação à equipa das intervenções realizadas e resultados em saúde para os utentes; - A apresentação neste documento do artigo a submeter a apreciação para publicação.
RECURSOS NECESSÁRIOS	O tempo do Professor orientador, um computador, uma impressora e papel adequado.

QUADRO 15 – Planeamento da Etapa de Divulgação

O artigo elaborado é apresentado em APÊNDICE 4.

2 – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a OE (30, p.10) as competências comuns são “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

As Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas estão divididas em quatro domínios com as respetivas competências associadas de acordo com o Regulamento nº 122/2011 (31):

DOMÍNIOS	COMPETÊNCIAS
Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Melhoria Contínua da Qualidade	Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
Gestão de Cuidados	Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.
Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

QUADRO 16 – Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

A elaboração do PIS possibilitou a aquisição e aprofundamento dessas competências.

Os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal orientaram toda a elaboração e implementação do PIS. Os princípios e deveres do enfermeiro que constam no seu código deontológico serviram de guia e suporte para as decisões tomadas.

Durante a elaboração da Etapa Diagnóstica foram tidos em conta todos os preceitos éticos e legais descritos anteriormente. Para além disso, no que se refere ao campo da intervenção as estratégias e planos de ação utilizados para a satisfação das

necessidades dos utentes foram definidas em parceria com estes, sendo que as decisões tomadas foram sempre baseadas no conhecimento científico da área de intervenção e na experiência dos orientadores do PIS. A decisão dos focos de intervenção selecionados bem como da forma de intervenção para lhes fazer face foi construída em equipa e algumas situações de tomada de decisão em termos de intervenção foram discutidas em equipa multidisciplinar, de modo a recolher contributos e analisar os fundamentos das possíveis decisões.

Foram sempre promovidos os direitos à informação, à confidencialidade e segurança dos dados e ao respeito pela dignidade, privacidade e autodeterminação dos utentes. Nunca houve desrespeito pelos valores, crenças, práticas e costumes dos utentes, tendo sido reconhecidos e aceites os seus direitos. Foi agido sempre em consonância com a defesa dos direitos humanos e mantido o processo efetivo de cuidados mesmo se confrontados com valores diferentes dos nossos.

A elaboração e implementação do PIS visaram a melhoria contínua da qualidade na medida em que procuraram melhorar a resposta dos cuidados às necessidades dos utentes, com base na identificação de oportunidades de melhoria e determinação de prioridades, isto é, a partir de um diagnóstico de situação. Por outro lado, permitiu desenvolver a capacidade de análise e planeamento na área da qualidade dos cuidados, através da identificação de necessidades com base em instrumentos válidos e adequados, do planeamento de intervenções, baseadas na evidência, com vista a atingir as metas e objetivos definidos e da avaliação do processo e dos resultados em saúde obtidos. Para além disso a avaliação efetuada após a implementação do PIS foi baseada em indicadores de avaliação e os seus resultados foram comunicados à equipa de enfermagem.

As intervenções terapêuticas realizadas, com vista à proteção da saúde e reabilitação psicossocial, tiveram em conta um ambiente físico seguro, de forma a prevenir incidentes, e foram sensíveis às dimensões bio-psico-socio-culturais e espirituais dos utentes, promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar dos utentes e contribuindo para a efetividade terapêutica. Os registos foram efetuados no processo de cada utente, com vista à manutenção da segurança da informação. A intervenção nos focos de Adesão ao Regime Medicamentoso, Ingestão Nutricional e Fazer Exercício procurou promover a adesão à saúde e prevenir práticas de risco que pudessem ameaçar a segurança dos utentes.

No que se refere à gestão de cuidados, a implementação do PIS visou otimizar o processo de cuidados de enfermagem aos utentes na medida em que, ao longo das suas

etapas, procurou colher informação baseada em dados concretos que foram analisados, de forma a contribuir para a elaboração de diagnósticos de enfermagem, para encontrar intervenções eficazes para os problemas identificados e melhorar os resultados dos cuidados prestados. Das avaliações efetuadas resultaram informações que puderam ser discutidas nas sessões multidisciplinares, contribuindo para a tomada de decisões nesse âmbito. Para além disso, dos problemas identificados emergiram situações de articulação com os outros prestadores de cuidados da equipa multidisciplinar, como por exemplo relativas à alteração da medicação.

Por outro lado, a sistematização da consulta de enfermagem a partir do processo de enfermagem e a integração nele de teorias e modelos permitiu não só otimizar o processo de enfermagem mas também, a par do envolvimento da equipa de enfermagem e da fundamentação das práticas, introduzir práticas de cuidados inovadoras.

Outro aspeto relevante é que a implementação do PIS foi adaptada aos recursos disponíveis assegurando a sua adequação e a utilização de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados.

A consciência de si é uma das competências analisadas no capítulo seguinte de forma mais aprofundada. Porém, é importante acrescentar que durante todo o processo de implementação do PIS o autoconhecimento e a consciência da influência pessoal na relação com o outro foram instrumentos valiosos para a realização e gestão das intervenções planeadas, na medida em que o modo como se percebeu a forma como o utente se relacionou nos deu informações úteis para o desenvolvimento das intervenções, influenciando a resposta do utente a essas intervenções. Sendo essas perceções decorrentes das circunstancialidades pessoais, a consciência da origem dos sentimentos que foram sendo despertados durante a relação com o utente proporcionou uma resposta mais assertiva e adequada à situação atual vivida.

Para além disso, no que se refere ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a avaliação de necessidades realizada baseou-se no conhecimento proveniente da evidência, utilizando um instrumento de colheita de dados adequado. As intervenções efetuadas foram sustentadas por resultados da evidência válidos, atuais e pertinentes e os resultados avaliados a partir de indicadores definidos pela NOC.

3 - PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)

No âmbito da aquisição de competências foi-nos também solicitado o desenvolvimento de um PAC que foi elaborado em ligação às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, de acordo com o Regulamento nº 129/2011 (32), a partir das experiências vividas no contexto da prática clínica e sob a influência de referenciais teóricos. Em simultâneo explicitou-se a aquisição das Competências do Mestre em articulação com o realizado no PIS.

De acordo com a OE (30, p.10), no que se respeita às competências específicas estas “decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Competência: *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.*

Descritivo: *A capacidade de auto -conhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.*

Unidade de Competência:

- Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

A necessidade da resolução de problemas imediatos na prática diária de Enfermagem tem conduzido a uma valorização do *fazer* ligado à realização de procedimentos, decorrentes da dificuldade de visualização da abrangência da profissão não só pela sociedade como também pelos próprios profissionais. A valorização do *ser* em Enfermagem relaciona-se com a necessidade de autoconhecimento dos profissionais, a partir do qual se capacitam para a interação e relação interpessoal com os utentes.

O enfermeiro só se pode relacionar com o utente como um todo na medida em que é capaz de conceber toda a sua personalidade centrada no seu problema (26).

Na prática da atividade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na nossa perspectiva, o *ser* adquire ainda mais ênfase.

Tal como todos os utentes têm uma ideia de si mesmos que atua melhorando ou distorcendo as suas relações interpessoais com os profissionais, também o enfermeiro possui uma ideia de si próprio que expressa no relacionamento com os utentes, podendo ou não facilitar o crescimento de ambos na situação de cuidados. O tipo de pessoa em que o enfermeiro se transforma conduz a uma diferença substancial no que vai aprender um utente no processo de cuidados ao longo da sua experiência como doente. O comportamento nas situações de enfermagem torna-se mais claro quando se compreende a imagem que o utente e o enfermeiro têm de si mesmos, na medida em que o *self* (o si mesmo) responde seletivamente à experiência e é organizador e integrador da mesma.(26)

Cada problema que se apresenta na vida desafia a constelação de sentimentos que configura a imagem de si mesmo. Neste sentido o enfermeiro que tenha consciência das suas ações, ao observar a forma como um utente se relaciona, pode obter muitos mais indícios e especular com maior precisão o significado do comportamento do utente, tendo impacto nas respostas que proporciona ao utente (como uma figura ilusória ou como uma pessoa que terá conhecido e respeitado). Quando o enfermeiro não pode ser sincero em relação ao que realmente sente, existe a oportunidade de reorientar os sentimentos que frequentemente se expressam inconscientemente nas relações com os demais. (26)

Neste sentido, uma das tarefas mais importantes na vida é conhecer-se a si mesmo, sendo que, para que se entenda o conceito de si é necessário remontar-se às situações da infância a que se tenha estado exposto, nas quais se permitiu ou não a descoberta de si mesmo. Um enfermeiro só pode ser flexível nas suas relações com os utentes se tiver analisado o fundamento interno que torna possível aceitar todos os utentes tal qual como são. (26)

Sendo assim, é concebida como tarefa básica o desenvolvimento do enfermeiro como pessoa consciente da sua atuação numa situação concreta, uma vez que a compreensão de uma situação facilita ações de enfermagem positivas e úteis. Para além disso, um enfermeiro inexperiente pode precisar da intervenção de um enfermeiro supervisor competente para o ajudar a ele e ao paciente a resolver as dificuldades de uma maneira proveitosa para ambos. (26)

Na prática clínica pudemos verificar a existência de espaços de reflexão, nomeadamente nas sessões clínicas e nas sessões pós grupos multifamiliares e

psicoterapias grupalíticas, onde os elementos da equipa podiam identificar e manifestar sentimentos, emoções ou outras circunstancialidades pessoais geradas pelas situações vividas no contexto terapêutico. Estes espaços funcionavam como uma supervisão interpares. Era refletida a contratransferência dos profissionais em relação aos utentes ou familiares de modo a diminuir a sua influência no processo terapêutico. A equipa mostrou-se receptiva à partilha e expressão da contra atitude e fantasias de todos os profissionais, criando um ambiente de livre expressão. Estes espaços de reflexão, para além de ajudarem os profissionais a gerir fenómenos de transferência e contratransferência, facilitavam a monitorização das suas reações emocionais e comportamentais, promovendo o seu investimento contínuo nos utentes.

Sempre que possível estivemos presente nas sessões clínicas e pós grupos (multifamiliares e psicoterapêuticos grupalíticos), onde nos foi permitido também expressar e identificar sentimentos e emoções relativas à experiência vivida em contexto terapêutico, de forma a diminuir a influência da contratransferência no processo terapêutico com os utentes. Durante a realização da consulta de enfermagem tivemos também oportunidade de expressar à equipa de enfermagem, em especial à orientadora de estágio, a frustração sentida na fase inicial da intervenção, e os sentimentos daí decorrentes, pela resistência inicial que sentimos por parte dos utentes. Com a expressão desses sentimentos fomos ajudados a gerir a contratransferência sentida, o que nos ajudou a manter um investimento contínuo nesses utentes. Para além disso, a forma como outros utentes que não tiveram a oportunidade de ser alvo de intervenção na consulta de enfermagem agiram a reação de rivalidade fraterna, originada por essa circunstância, também foi geradora de contratransferência para nós, tendo sido a orientadora de estágio uma importante supervisora dessa contratransferência, ajudando-nos a lidar com a situação e a analisar, tal como refere Peplau (26), o fundamento interno que torna possível aceitar os utentes tal qual como são.

Por outro lado, a oportunidade de partilhar situações vividas no contexto de estágio com o professor orientador facilitou a compreensão dessas situações e a libertação da tensão geradas por elas, o que permitiu diminuir a contra atitude face a alguns utentes.

Durante a prática clínica pudemos presenciar situações claras de transferência por parte dos utentes e observar a resposta dos profissionais a essa transferência. Numa das psicoterapias grupalíticas a ausência de uma das principais condutoras do grupo, tal como foi interpretado pela equipa, levou a que os utentes, para além de comentarem

inicialmente a sua ausência, estivessem durante toda a sessão a falar das suas experiências com mães abandonadas. A equipa interpretou esta temática, perante a ausência da condutora do grupo, como um fenómeno de transferência, na qual os utentes a identificavam como uma figura maternal. A intervenção dos terapeutas presentes foi essencialmente contentora, com o intuito de mostrar novas formas de resposta aos utentes.

Na última psicoterapia grupalítica de uma utente que iria ter alta, ela própria identificou os profissionais do Hospital de Dia como uma família para si, atribuindo papéis familiares a cada profissional. À terapeuta que identificou como mãe continuava a mostrar uma relação de ambivalência, tal como tinha com a mãe biológica. A terapeuta em questão mostrou-se incondicional, deu o reforço positivo relativamente aos sucessos da utente e tentou mostrar-lhe que não a estava a abandonar, diminuindo a ansiedade de separação manifestada pela utente.

Neste sentido, Peplau (26) refere que a conduta automática revela-se na repetição das pautas anteriores que funcionaram em situações prévias e que a aprendizagem proveitosa se caracteriza pelo desenvolvimento de novas pautas de resposta, que dependem da nova situação e seu significado para o observador.

Durante a prática clínica procurámos sempre relacionar-nos com os utentes apenas no contexto terapêutico e dentro dos limites da relação profissional, de modo a prevenir transferências desadequadas dos utentes (como amigo ou colega, por exemplo) que poderiam prejudicar o processo terapêutico.

Nas atividades letivas estivemos presentes nos módulos Narrativas de Vida e Desenvolvimento Pessoal – Enfermagem, que também foram muito importantes para o processo de “dar conta de nós” e para nos capacitarmos para a melhoria das relações interpessoais, nomeadamente com os utentes. No módulo Narrativas de Vida, a reflexão acerca da própria história de vida em ligação à saúde, doença e aos cuidados com a partilha desta reflexão tanto oralmente como de forma escrita, contribuiu para que nos conhecessemos um pouco melhor, relacionássemos experiências anteriores com acontecimentos e comportamentos atuais, compreendendo melhor a forma como vemos e agimos os cuidados de enfermagem que prestamos. O módulo Desenvolvimento Pessoal – Enfermagem possibilitou-nos, principalmente, desenvolver competências na esfera comunicacional, promovendo a nossa capacidade de comunicação terapêutica, importante nas relações interpessoais com os utentes. Para além destes módulos tivemos oportunidade de estar presentes no módulo Supervisão de Cuidados que, para além da sua importância

ao nível do delinear das intervenções para a consulta de enfermagem, foi essencial para a análise em grupo de algumas situações e de dificuldades que surgem durante o relacionamento terapêutico e que nos ajudaram em algumas das nossas dificuldades.

Por outro lado, a pesquisa efetuada ao longo do estágio e as diversas aulas teóricas em que participámos possibilitaram-nos começar a construir e conhecer uma identidade teórica, permitindo-nos esboçar uma definição do nosso self profissional. O último semestre, com a execução da consulta de enfermagem e a realização de um novo estágio, tornou-se ainda mais clarificador. Por um lado, identificamo-nos perfeitamente com a abordagem psicodinâmica utilizada no local do estágio mais prolongado (Hospital de Dia de Psiquiatria). Por outro lado, a passagem pelo serviço de ambulatório, cuja abordagem em enfermagem é cognitivo-comportamental, permitiu-nos ver a utilidade desta abordagem, pelo que a considerámos extremamente útil quando se ajuda um utente a preparar-se para a ação. A perspetiva de Prochaska e Diclemente (25) na abordagem transteórica para a mudança de comportamentos problemáticos foi essencial enquanto elemento integrador destas abordagens, na análise que efetuam dos níveis de mudança. Possibilitou-nos perceber de que forma é que as diferentes abordagens se podem integrar, que utilidade é que podem ter numa perspetiva de mudança comportamental e em que medida é que a prontidão do utente influencia a abordagem a efetuar.

Apesar destas atividades que integrámos e que nos ajudaram a ter mais consciência de nós e dos nossos comportamentos sabemos que este é um processo em que queremos investir continuamente, na medida em que o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal são processos paulatinos que requerem tempo e reflexão, bem como por vezes a ajuda de pessoas mais experientes que efetuem supervisão de situações que surgem no contexto terapêutico, de modo a que fiquemos mais capacitados para o desenvolvimento de uma relação interpessoal útil com os utentes.

O desenvolvimento desta competência possibilitou-nos também dar resposta, em parte, à competência do mestre “realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas” (33, p.7), na medida em que demonstrou a identificação de recursos pessoais e necessidades de formação pessoal através do autoconhecimento, de forma a poder fazer uso da relação como um instrumento terapêutico útil no processo de cuidados, e mostrou a valorização do autoconhecimento como forma de autoformação.

Competência: *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.*

Descritivo: *Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.*

Unidade de Competência:

- *Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.*
- *Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.*
- *Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.*

O ser humano é um organismo que vive num equilíbrio estável, ao nível fisiológico, psicológico e social, e a vida é um processo de aspiração orientada para esse equilíbrio (26).

Os indivíduos têm necessidades, fisiológicas ou primárias e psicológicas, secundárias ou do ego (26). As necessidades criam tensão e esta cria energia que se transforma numa forma de conduta de forma a reduzir essa tensão. Acrescenta que, geralmente, quando as necessidades são satisfeitas surgem novas necessidades mais maduras (Symonds apud 26).

Quando as necessidades não são satisfeitas e não ocorre a redução da tensão em consequência, podem ativar-se respostas somáticas de maior intensidade. A identificação das necessidades do utente permite que este use a tensão de forma expressivo-criativa. A enfermagem é um processo que ajuda o utente a satisfazer as suas necessidades atuais, transformando a energia de forma útil quando se esforça para o reconhecimento dessas necessidades. Só o paciente conhece quais são as suas necessidades, mas nem sempre está capacitado para as identificar. A enfermagem ao prestar atenção às necessidades dos pacientes, com vista a permitir o posterior desenvolvimento da sua personalidade, é uma forma de ajudar as pessoas a identificar o que desejam e a sentir-se livres e capazes de lutar

com outros para a consecução de metas que promovem a satisfação e possibilitam o progresso. (26)

No decorrer do estágio tivemos como objetivo o diagnóstico das necessidades dos utentes de um hospital de dia de psiquiatria da região de Lisboa. Para esse diagnóstico, de forma a limitar o campo de análise, inicialmente auscultámos a opinião de alguns profissionais da equipa, nomeadamente dos enfermeiros e da chefe de serviço, acerca das necessidades destes utentes, de modo a poder formular hipóteses acerca dessas necessidades que, posteriormente avaliámos aplicando o Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell, para um maior rigor nessa avaliação. Este instrumento avaliava as necessidades de cada utente na interface com a família/amigos e os diversos serviços locais (de saúde, sociais, autárquicos, entre outros). Seguidamente, os dados colhidos foram compilados e analisados de modo a obter resultados que nos serviram de guia na elaboração de um projeto de intervenção, para colmatar essas necessidades identificadas, com vista ao empoderamento, participação ativa na vida social e bem-estar dos utentes desse hospital de dia.

Neste sentido, a observação em enfermagem é um processo de identificação, clarificação e verificação de impressões, obtidas na relação com o utente a partir da experiência do enfermeiro. Essas impressões convertem-se em hipóteses a estudar recolhendo-se dados para compilar e analisar posteriormente. A multiplicidade dos fatores a estudar é um dos principais problemas da observação pelo que é necessária uma forma de organização que limite o estudo dos inúmeros dados que se podem estudar. A compilação dos dados vai permitir que, por um lado, o enfermeiro aprofunde a sua capacidade de observação e dará um componente científico maior à sua investigação e, por outro lado, dará chaves sobre as respostas dos utentes às suas necessidades, constituindo provas sobre as quais se podem basear as futuras linhas de atuação. (26)

Após a análise crítica dos resultados obtidos pela aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell e a seleção de focos de enfermagem com base na experiência de relação dos enfermeiros com os utentes do hospital de dia, foi desenvolvido e implementado um projeto de intervenção – uma consulta de enfermagem, como um projeto terapêutico individual – que incidiu sobre os focos selecionados, de forma individualizada, com vista à promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental. Na implementação da consulta de enfermagem foram identificadas as necessidades concretas da cada um dos utentes recorrendo inicialmente a uma entrevista

não estruturada, parcialmente estruturada. Ao longo das sessões foram sendo clarificados alguns pormenores das necessidades identificadas, de acordo com a sua relevância para as intervenções a efetuar. Para a intervenção ao nível destes focos foi necessário também, ao longo das sessões, avaliar a influência do sistema familiar e da rede de apoio social informal dos utentes na manifestação desses focos, bem como identificar alguns recursos possíveis para os utentes a esses níveis. Esta avaliação implicou que tivéssemos um conhecimento prévio da história clínica e familiar dos utentes, adquirido não só a partir do contacto exterior à consulta durante o estágio mas também na revisão dos registos nos seus processos e nas passagens de turno onde foi possível obter informações adicionais.

Torna-se agora relevante abordar alguns pressupostos teóricos que facilitam a compreensão do estado de saúde mental dos utentes e as suas necessidades, que foram úteis não só para a consulta mas também para a prática clínica deste o início do estágio.

De acordo com a perspetiva dinâmica o fenómeno mental é o resultado da interação contínua das forças opostas, ou seja, o conflito entre os impulsos e as forças que os retraem. Isto é a base para alguns conceitos fundamentais, tais como, o conflito e resistência, que relacionam a doença mental como a consequência da competição entre os desejos e as exigências e as formas maioritariamente não conscientes em que o paciente luta para o bem-estar. Apresenta uma conotação positiva para a capacidade da pessoa em ultrapassar a patologia, envolvendo a adaptação e o desenvolvimento de um equilíbrio das forças mentais em constante mudança. (34)

O conhecimento da experiência subjetiva de cada paciente é muito valorizada, pelo que se procura determinar as singularidades do paciente como resultantes da sua história de vida. Os sintomas são vistos como vias finais das experiências subjetivas altamente pessoais, que filtram os determinantes biológicos e ambientais da patologia. É dada extrema importância ao mundo interno do paciente (fantasias, medos, expectativas, sonhos...). (35)

Os comportamentos e sintomas resultam de adaptações a um roteiro inconsciente feito pela mistura de forças biológicas, problemas precoces do vínculo, defesas, relações objetais e distúrbios do self, tal como acredita a abordagem psicodinâmica. (35).

Nesta perspetiva, a etiologia e patogénese estão frequentemente ligadas a eventos da infância, não menosprezando os filtros subjetivos que podem distorcer as reais qualidades das pessoas e a influências dos fatores genéticos da criança na resposta dos cuidadores que, por sua vez, irá influenciar a leitura posterior do genoma. (35)

Na teoria da vinculação o vínculo é “um elo com bases biológicas entre a criança e o cuidador, destinado a garantir a segurança e a sobrevivência da criança” (35, p.55).

Bowlby desenvolveu um trabalho importante para a teoria da vinculação tendo sido um dos primeiros, em 1958, a reconhecer que a criança está desde o início predisposta a participar em interações sociais. Identificou comportamentos como rir, chorar, vocalizar, como comportamentos de vinculação. Deu um papel central à propensão natural da criança para se vincular e usar o cuidador como uma base segura para a exploração e desenvolvimento, afirmando que a ausência do cuidador inibe o seu comportamento exploratório. Por outro lado, a vinculação segura mostrou-se benéfica também para o desenvolvimento de capacidades sociais e cognitivas. (36)

Bowlby verifica também que quando a criança é confrontada com situações percebidas como perigosas esta procura a figura de vinculação para se proteger (36).

Para Ainsworth e Witting (1969) estes sistemas comportamentais de vinculação, exploração e perigo regulam a adaptação da criança ao desenvolvimento, pelo que este se desenvolve sem se afastar demasiado longe ou durante muito tempo (36).

Neste sentido, o vínculo seguro influencia o desenvolvimento de modelos internos de relacionamento, levando à elaboração de expectativas do comportamento de outros em direção ao self (35).

Ainsworth e colaboradores, em 1978, estudaram estratégias de vínculo num cenário de laboratório conhecido como situação estranha, identificando quatro estratégias de vinculação: a segura na qual a criança protesta quando o cuidador se afasta, procura a proximidade e é reconfortada ao reencontro, retornando à exploração; a evitante em que a criança reage sem angústia à separação, sem resposta ao reencontro, ignorando ou evitando o contacto; a ambivalente/resistente em que a criança procura proximidade antes da separação, fica irritada e ambivalente com a separação e é incapaz de aceitar a disponibilidade do cuidador; e a desorganizada na qual existe ausência de estratégia de vinculação coerente, apresentando comportamentos desorganizados e contraditórios (36).

Estas quatro estratégias correspondem, respetivamente, às categorias de vínculo do adulto: indivíduos seguros e autónomos que valorizam relações de vínculo; indivíduos inseguros ou rejeitados que desvalorizam ou idealizam ligações passadas e atuais; indivíduos preocupados, que são confusos ou oprimidos pelas relações de vínculo; e indivíduos não resolvidos ou desorganizados, que sofreram negligência ou trauma (35).

A mentalização aparece como um conceito-chave com o desenvolvimento de vínculos seguros na criança na medida em que, sendo a capacidade de compreender que o próprio comportamento e o dos outros é determinado por estados internos como pensamentos e sentimentos, cuidadores que têm capacidade de mentalizar favorecem a aprendizagem da criança em mentalizar (35).

A teoria das relações de objeto defende que o impulso surge no contexto de uma relação, tal como afirmam alguns teóricos como Fairbairn (1952), em que há uma internalização não só de um objeto ou pessoa mas também da relação inteira. De acordo com Ogden (1983) acontece uma representação do self, do objeto e de um afeto (que faz a ligação entre o self e o objeto) positivo ou negativo (35).

Esta teoria reconhece que pode não haver uma correspondência entre o objeto real e a representação do objeto internalizado. Para além disso, considera que o conflito não acontece apenas entre o impulso e uma defesa, mas também é um choque entre as diferentes representações do self, do objeto e dos afetos. (Kernberg, 1983; Ogden, 1983; Rinsley, 1977 apud 35)

Melanie Klein formula uma teoria das relações de objeto com interesse para a psicanálise nas questões do desenvolvimento infantil. Defende que as estruturas mentais têm a sua origem a partir de uma variedade de objetos internos (fantasias da criança acerca das pessoas na sua vida) que se vão alterando à medida que a criança se desenvolve. As fantasias da criança são modificadas pela sua sequência de interações com o ambiente e o indivíduo é visto como continuando a usar o seu mundo de objetos ao serviço de um sistema de relações internas, primariamente defensivo. A autora aceita a teoria Freudiana – instinto de morte (pulsão-agressão) – acreditando que a criança está ameaçada de destruição a partir das suas próprias pulsões agressivas. (36)

Klein define, assim, as posições esquizo-paranoide e depressiva. Na posição esquizo-paranoide a relação com o objeto é com um objeto parcial, clivado numa relação persecutória e noutra idealizada, de forma similar ao ego que está clivado. Na posição depressiva a relação de objeto é com uma imagem parental integrada que é amada e odiada. O indivíduo reconhece os seus desejos destrutivos para com o objeto. Esta origina tristeza mas o ego está mais integrado. O Superego esquizo-paranoide está clivado entre o ideal do Eu idealizado (experiência de onipotência narcísica) e o superego persecutório dos estados paranoides. Na posição depressiva o superego é um objeto de amor magoado com características humanas. (36)

Margaret Mahler e colaboradores identificaram três fases do desenvolvimento das relações de objeto, numa teoria que enfatiza o processo de separação da criança em relação à mãe e o estabelecimento da sua autonomia (34).

A primeira fase, designada de fase autista, ocorre durante as primeiras duas semanas e é um estadio de absoluto narcisismo primário, na qual o bebé parece absorvido por si próprio, cuja sua maior preocupação é a sobrevivência (34).

A segunda fase, denominada de fase simbiótica, é caracterizada pela díade mãe-bebé como um sistema onipotente, uma unidade dual com uma fronteira comum (34).

A terceira fase, a de separação-individualização, é dividida em quatro subfases. A primeira é a fase de incubação, que se inicia cerca dos 4-5 meses, na qual a criança começa a dirigir a sua atenção mais para fora dela e gradualmente começa a ter um conjunto de memórias (boas e más) com a figura maternal. A segunda fase é a de treino e coincide com o início da marcha, em que a criança começa a explorar o mundo, retornando com frequência à mãe para se reabastecer emocionalmente. A ideia da mãe como pessoa separada aumenta gradualmente. Na terceira subfase, a de reaproximação, a criança tem mais consciência da separação física e da diferenciação emocional relativamente à mãe, no entanto apresenta uma maior vulnerabilidade à separação (aumenta a ansiedade de separação), demonstrando maior necessidade de se reaproximar da mãe, partilhando com ela as suas habilidades e experiências. A última subfase, a da constância do objeto é marcada pela visão da mãe como um objeto total unificado, podendo já ser internalizado como uma presença interna confortante, sustentando a criança na sua ausência. (34) Esta fase termina cerca dos 3 anos e corresponde à posição depressiva de Klein e antecede a entrada na fase edípica (35).

A fase edípica do desenvolvimento, explicada por Freud, tem início por volta dos 3 anos, e é analisada de forma diferente em cada sexo. Esta fase, que termina cerca dos 5-6 anos, é associada à psicologia do ego e tem por base a ideia dos genitais como fonte de prazer. Caracteriza-se pela ânsia de ser objeto de amor exclusivo da figura paterna do sexo oposto. (35)

No menino, ao rivalizar com o pai, surge a culpa e o medo e ansiedade da retaliação por ele. Para evitar a castração o menino abdica da tentativa sexual de ter a mãe e identifica-se com o pai. (35)

Atualmente, a fase edípica esclareceu também a ânsia libidinal pela figura paternal do mesmo sexo e a desejo de se livrar da figura parental do sexo oposto, denominada de complexo de Édipo negativo (35).

Para Freud, relativamente às meninas, este considerava que a menina se sentia como um menino até à descoberta do pénis, após a qual se sente inferior e começa a invejá-lo. Nesse momento, tende a culpar a mãe pela sua inferioridade e volta-se para o pai, sendo o seu desejo de ter um pénis substituído pelo desejo de ter um filho com o pai. A resolução edípica acontecerá pelo medo da perda do amor da mãe (35).

O pensamento atual acerca da construção do género não se limita às diferenças anatómicas, mas dá enfoque à influência da cultura, das relações de objeto e de identificações com os pais (Benjamin e Chodorow, apud 35).

A psicologia do self, desenvolvida por Kohut (1971/1977/1984), enfatiza a forma de como as relações externas facilitam a manutenção da autoestima e a coesão do self, isto é, a necessidade de certas respostas de outras pessoas para o bem-estar do indivíduo (35).

Kohut identificou três pólos de necessidades do self, necessidades narcísicas, que quando não são satisfeitas durante o desenvolvimento da criança, podem levar a falhas e fragmentação do self. Afirma também que essas necessidades persistem ao longo da vida, formando um paralelo com o desenvolvimento no âmbito do amor objetal (35).

Kohut observou a necessidade especular, isto é, a manifestação exibicionista em busca de confirmação e aprovação, importantes para o sentido de autovalorização, totalidade e autoestima; as necessidades de idealização, ou seja, a necessidade de atribuir a um dos pais a perfeição; e a necessidade gemelar ou alter ego que tem origem no desejo de fusão que é gradualmente transformado num comportamento de imitação (35).

Para a psicologia do self a ansiedade fundamental é o medo da desintegração do self em reação às respostas inadequadas das pessoas (Baker e Baker, 1987 apud 35).

Após Kohut vários autores elaboraram e expandiram a sua teoria. Um deles foi Wolf (1988) que identificou duas outras necessidades do self: a de ser adversário e a dele próprio ser objeto do self de outro self (como o do analista) (35).

Lichtenberg (1998; Lichtenberg e Hadley, 1989) acreditou na existência de cinco sistemas motivacionais importantes para a total compreensão das forças intrapsíquicas no paciente, baseadas em necessidades inatas e nos padrões de resposta a elas associados: a resposta à necessidade de afiliação; resposta à necessidade de regulação psíquica e necessidades fisiológicas; resposta à necessidade de afirmação e exploração; resposta à

necessidade de reagir a experiências adversas através do afastamento ou antagonismo; resposta à necessidade de prazer sexual. De acordo com esta teoria os sistemas estão em tensão passando por um constante rearranjo hierárquico. (35)

Em relação aos mecanismos de defesa Anna Freud (1936/1966) identificou e descreveu nove (regressão, formação reativa, anulação, introjeção, identificação, expiação, reversão e sublimação), reconhecendo as implicações destas operações defensivas do ego no tratamento. Por outro lado, o seu trabalho, ao centrar-se nas defesas do ego, para além de facilitar a compreensão dos problemas neuróticos favoreceu o conhecimento dos transtornos da personalidade na medida em que estes, atualmente, são parcialmente definidos de acordo com as suas típicas operações defensivas. (35)

Tendo em consideração que durante a prática clínica se observou a coexistência de algumas patologias, nomeadamente da personalidade, e história de consumo de drogas, torna-se pertinente abordar alguns aspetos da compreensão da adição a drogas.

Existe uma literatura considerável que apoia a associação entre perturbações da personalidade e depressão e o desenvolvimento da adição a drogas, sendo que esta é explicada, em parte, por traços da personalidade, como a autoagressão e a impulsividade, em relação aos cluster B das perturbações da personalidade (35).

Psicanalíticos contemporâneos entendem o comportamento adicto como defensivo e adaptativo (Khantzian, 1985, 1986, 1997; Wurmser, 1974), reforçando defesas contra afetos como raiva, vergonha e depressão, sendo o reflexo de um défice no cuidado de si próprio (Khantzian, 1997) resultante de distúrbios precoces do desenvolvimento nos quais as figuras parentais foram internalizadas de forma inadequada, deixando a pessoa sem a capacidade de autoproteção. Neste sentido, pessoas com adição mais crónica manifestam prejuízo no julgamento dos riscos do abuso de drogas. (35)

Outro aspeto importante é a alteração na regulação do controlo dos afetos e dos impulsos e a manutenção da autoestima (Treece e Khantzian, 1986). O uso de drogas foi associado à incapacidade de tolerar e regular a proximidade interpessoal (Nicholson e Treece, 1991; Treece, 1984), sendo que a vulnerabilidade narcísica e a incapacidade de modular os afetos ligados à intimidade contribuem para esses problemas de relacionamento, pelo que o consumo de drogas poderá ser visto como uma forma desesperada de compensar défices relativos ao ego, autoestima e de relacionamento interpessoal. (35)

Por outro lado, o uso contínuo de drogas pode ser entendido como a repetição sucessiva de dor e sofrimento, demonstrando a compulsão à repetição do trauma precoce (Khantzian, 1997) na tentativa de elaboração desse trauma, sendo uma forma de controlar o sofrimento. (35)

Para além disso, verificou-se uma relação entre o uso da substância e o efeito pretendido, de acordo com a necessidade de cada pessoa. O uso de cocaína pareceu aliviar a ansiedade ligada à depressão, hipomania e hiperatividade, enquanto o uso de narcóticos se associou à diminuição de sentimentos de raiva (Khantzian, 1997 apud 35). Blatt e colaboradores (1984) concluíram que a adição à heroína é ocasionada pela necessidade de conter a agressividade, pela angústia de gratificar desejos de um relação simbiótica com uma figura materna e uma vontade de aliviar afetos depressivos (35). Num grupo de pessoas adictas a opiáceos foi identificado um grupo de pessoas severamente neuróticas (Blatt e colaboradores) em luta contra sentimentos de desvalia, vergonha, culpa e autocritica, demonstrando a essência depressiva da pessoa adicta a opiáceos em que a autocritica é um componente fundamental (35).

Durante a prática clínica tivemos a oportunidade de presenciar e participar em diversas atividades desenvolvidas pela equipa nas quais foi possível fazer uma avaliação global de modo a permitir um conhecimento da história de saúde mental dos utentes e família, bem como uma avaliação das necessidades dos utentes.

Essas atividades relacionaram-se com o processo de observação explicado por Peplau (26) no qual faz referência a quatro tipos de relações, identificadas por Lasswell, entre o observador e o observado.

Uma delas é a relação de espectador na qual o utente não tem consciência de que está a ser observado e o enfermeiro está fora do seu foco de atenção. Durante atividades de expressão plástica, cineterapia, relaxamento, autobiografia, treino cognitivo, treino de competências sociais, discussão de notícias e no “Entre nós” pudemos observar a interação informal entre os vários participantes ou a forma como se relacionavam com os profissionais, a forma como cada um lidava com as diferentes atividades e que sentimentos eram despertados em cada utente com a realização de cada uma das atividades. Frequentemente observámos interações entre utentes que demonstravam rivalidade fraterna, na disputa de atenção e reconhecimento, bem como por vezes dificuldades em lidar com figuras de autoridade quando alguns utentes se relacionavam com alguns profissionais. Existiam atividades para as quais alguns utentes, em determinadas alturas,

referiam ou demonstravam dificuldade em participar ou mesmo recusa, em função da sua disponibilidade em partilhar ou expressar sentimentos, capacidade de refletir ou mobilizar as suas capacidades cognitivas face ao seu sofrimento psicológico. Puderam também observar-se utentes que, perante a mesma atividade, em momentos diferentes, reagiam de forma diferente, sendo exemplo disso uma utente que durante a autobiografia demonstrou inicialmente alguma tristeza ao lembrar-se de alguns episódios da sua infância e posteriormente, ainda acerca da infância, mostrou raiva intensa (como defesa) acerca de acontecimentos semelhantes. Após cada atividade os utentes eram questionados acerca do que sentiram com a realização dessa atividade, expressando os seus sentimentos acerca dela, e em algumas atividades os seus sentimentos acerca de situações concretas ou manifestações criativas eram também explorados.

Durante estas atividades os utentes descreviam várias situações ou episódios de vida, que muitas vezes incluíam os seus familiares e a forma como se relacionavam com estes, o que permitiu conhecer melhor a história de saúde mental não só deles como dos seus familiares, bem como identificar algumas das suas necessidades.

Para além do que os utentes explicitavam durante as atividades podiam também observar-se condutas menos explícitas, que forneciam dados acerca das necessidades dos utentes que, se necessário, poderiam ser levados aos momentos de discussão da equipa.

Outra relação é a de entrevistador, que se verifica quando o utente dá entrada no hospital. Foi-nos dada a oportunidade de assistir a algumas entrevistas de entrada que, para além de serem uma fonte de informação enorme acerca da história de saúde mental do doente e família entrevistados, é uma fonte de observação de algumas das necessidades desses doentes, mediante as respostas às questões colocadas e as formas de comunicação não verbal manifestadas, tendo ocorrido a possibilidade de observar necessidades nomeadamente de segurança, contenção, autonomia, atenção, entre outras. Através dos relatos dos doentes e familiares que os acompanhavam e das necessidades identificadas, de uma forma geral, pela equipa durante a entrevista e que eram discutidas na reunião após a entrevista, tornava-se possível avaliar pela equipa as vantagens de cada um dos doentes em frequentar o Hospital de Dia, bem como se reuniam critérios para essa frequência.

Outra relação é a de compiladora, na qual o profissional faz uso dos registos ou outros materiais recolhidos por outros profissionais para conhecer o que aconteceu em determinada relação, recolhendo impressões parciais sobre os utentes. Quando chegámos ao Hospital de Dia consultámos a história de todos os utentes, bem como dos utentes que

foram entrando na nossa ausência, de modo a conhecê-los melhor e ao seu envolvente. Esta análise de informação recolhida permitiu-nos adequar melhor a nossa comunicação e comportamento na relação com cada utente, tendo uma maior consciência de algumas das suas necessidades com base na sua história atual e nos acontecimentos anteriores, nomeadamente na infância.

Por último, foi identificada a relação de participante, na qual o enfermeiro participa em atividades relacionadas com os cuidados e ao mesmo tempo observa a relação do utente com ele. Durante atividades como a expressão plástica, autobiografia, treino cognitivo, treino de competências sociais e no “Entre nós” tivemos uma maior possibilidade de nos relacionarmos com os utentes observando a forma como cada um deles se relacionava connosco e tentando compreender o significado dessa forma de se relacionar. A compreensão de alguns aspetos da sua forma de se relacionar connosco ajudaram-nos a perceber algumas dificuldades e necessidades desses utentes. Pudemos encontrar utentes esquivos ao relacionamento com discurso circunstancial ou respostas curtas, evitando dar-se a conhecer, demonstrando dificuldades em criar ligações com os outros; utentes utilizando a identificação projetiva, com alusões a situações de horror, como forma de demonstrar a sua necessidade de se sentirem seguros; utentes com dificuldades em desligar-se da equipa na altura da alta demonstrando a sua ansiedade de separação; entre outros exemplos. Quando analisadas estas formas de se relacionar dos utentes pudemos verificar as ligações existentes entre elas e as suas histórias de vida, nomeadamente no que se refere ao abandono e violência a que tinham sido sujeitos.

Os grupos multifamiliares e as psicoterapias grupanalíticas constituíam não só uma fonte de observação de necessidades, tanto ao nível de uma relação de expectador como participante, como também uma fonte da história de saúde dos utentes e familiares, permitindo conhecer as suas capacidades internas e recursos externos para lidar com os seus problemas.

Durante a prática clínica estivemos presentes em vários grupos multifamiliares e psicoterapias grupanalíticas. Os conteúdos dos relatos dos utentes, a sua expressão emocional e a forma como interagiam entre eles e intervinham acerca das comunicações efetuadas por outros utentes, durante estes grupos, permitiam perceber a forma como os utentes lidavam com os seus problemas e quais os seus padrões de relacionamento e funcionamento interno.

Num dos grupos multifamiliares a mãe de um utente questionou os profissionais acerca de alterações efetuadas na terapêutica do seu filho, mostrando discordância e desvalorizando a explicação dada pelo seu filho acerca dessas alterações. O utente reagiu passivamente, sendo frustrado na sua tentativa de explicar novamente à mãe os motivos desta alteração. Nesta intervenção, tendo em conta o que se conhece acerca da história do utente, foi possível compreender o incentivo desta mãe à dependência do utente, bem como a influencia desta relação na sua baixa autoestima, mostrando as suas necessidades empáticas.

Uma utente de 58 anos, em grupos sucessivos, reagiu às intervenções de outros utentes tentando sempre mostrar o lado dos pais ou cuidadores e, sempre que interveio fazendo relatos dos seus problemas, colocou-se sempre no papel de mãe, mostrando a sua incapacidade de se colocar no papel de filha e de lidar com os acontecimentos da sua infância.

Em várias psicoterapias grupanalíticas uma utente expressou sentimentos de raiva em relação aos profissionais e à instituição face à sensação de incompreensão por parte destes acerca da sua “doença mental” e dos seus “sintomas físicos”. Outros utentes intervieram identificando a sua agressividade e interpretando os seus sentimentos agressivos, ajudando a utente a perceber a transferência que esta fez da incompreensão e melhorando, em parte, a sua crítica em relação aos “sintomas físicos” de cansaço e astenia, relacionando-os com acontecimentos anteriores e atuais na sua vida. Este conjunto de intervenções não só permitiu conhecer mais alguns aspetos da história da utente como também perceber a sua necessidade em ser compreendida e ver valorizadas as suas queixas. Por outro lado, possibilitou observar-se a capacidade empática de outros utentes, cujas intervenções tiveram um efeito reparador na utente.

As necessidades identificadas pelos diferentes elementos da equipa nas diversas atividades terapêuticas eram discutidas pela equipa, maioritariamente durante as sessões clínicas e as reuniões pós grupos multifamiliares e psicoterapias grupanalíticas, delineando-se um plano de atuação para fazer face a essas necessidades, de acordo com as prioridades estabelecidas pela equipa.

Foi importante ter em conta que todo este processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação e sensibilidade cultural.

Tal como afirma Peplau (26), os meios de comunicação são um instrumento utilizado em enfermagem, dos quais devemos ser conscientes, nomeadamente da linguagem verbal, das expressões racionais e não racionais e dos gestos corporais.

Na linguagem verbal, como refere a autora, o objetivo da comunicação é a seleção de símbolos ou conceitos que expressem tanto o significado na mente do indivíduo como o objeto e ações simbolizadas nesse conceito. Por outro lado, a comunicação também deve procurar uma compreensão comum, não desprezando que as ações de enfermagem devem derivar da compreensão cultural dessas palavras. A linguagem utiliza-se para expressar ideias, experiências ou significar realidades. No entanto, às vezes é usada para evitar transmitir ideias e sentimentos, expressando significados ocultos que estão subjacentes às palavras utilizadas. Essa comunicação indireta pode ser dessimbolizada e interpretada, identificando o seu significado latente, de modo a compreender-se a linguagem da doença e dos sintomas.

Por outro lado, acrescenta a autora, é importante ter em consideração que o utente ouve segundo as suas respostas seletivas, isto é, ouve seletivamente em termos de experiências anteriores e da necessidade de evitar a ansiedade, limitando a sua consciência em relação ao que foi dito.

Para Peplau (26) as comunicações racionais são aquelas em que o indivíduo é consciente, reconhecendo as ligações entre uma ideia e as ações relacionadas com ela, bem como entre a conduta expressada e os traços de carácter do indivíduo.

Segundo a autora, as comunicações não racionais são aquelas que são regidas por traços de carácter do indivíduo dos quais este não é consciente, surgindo frequentemente condutas automáticas sem reconhecimento das relações subjacentes. As proibições e standards paternos foram incorporados no self, comunicando por avaliações reflexas, os quais não foram reavaliados e reelaborados à luz das necessidades adultas e do significados das novas situações. As expressões não racionais também se manifestam de forma cultural através de mitos, sonhos, rituais, entre outros.

Por fim, acrescenta que corpo no seu todo ou nas suas partes, através de gestos, postura, movimentos corporais ou expressões orgânicas, atua como instrumento de expressão que comunica aos outros os sentimentos, desejos e aspirações do indivíduo. São produções individuais e culturais que significam uma fase do desenvolvimento na capacidade de comunicar. Estas condutas podem servir de chaves para os demais de que existem sentimentos que não podem ser revelados abertamente na situação.

Nos exemplos referidos ao longo da reflexão desta competência, podemos verificar que as diversas situações de conhecimento e análise da história de saúde mental dos utentes e de identificação das suas necessidades tiveram em consideração as expressões racionais e não racionais dos utentes, a interpretação das suas manifestações corporais e a procura de uma compreensão comum da linguagem verbal. A habilidade na procura desta compreensão comum também foi um aspeto que procurámos melhorar no desenvolvimento da competência anterior, na medida em que o significado que os acontecimentos têm para uma pessoa tem de ser analisados para que esta possa utilizar conscientemente este significado.

O desenvolvimento desta competência juntamente com a realização da Etapa Diagnóstica do PIS permitiram-nos dar resposta à competência do mestre em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria “demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem” (33, p.7), nomeadamente no que respeita à realização de avaliações exaustivas do indivíduo e sua família em situações complexas; à síntese e análise crítica dos dados das avaliações para uma tomada de decisão segura; e ao diagnóstico e gestão de problemas. Para além disso permitiu-nos contribuir para a aquisição da competência do mestre “inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência” (33, p.8) ao nível da conceção de resultados de investigação, com a aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes, e ao nível da utilização de capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática. A pesquisa efetuada para melhorar as capacidades de avaliação de necessidades e de manejo da comunicação em situações terapêuticas, manifestada ao longo desta competência, possibilitou-nos contribuir para a obtenção da competência do mestre “realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas” (33, p.7), na medida em que demonstrou a valorização da autoformação no desenvolvimento bem como o ajuste das necessidades de formação para a consecução dos projetos (PIS e PAC). Uma vez que a consulta de enfermagem (projeto elaborado no âmbito do PIS e no âmbito desta competência) foi implementada num ambiente terapêutico multidisciplinar implicando o conhecimento de conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem (como se pode analisar ao longo da Etapa de Planeamento); a aplicação dos conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas relacionados

com a área de especialização (como se pode examinar na Etapa de Execução do PIS); e o trabalho em colaboração com profissionais de saúde, esta contribuiu para o desenvolvimento da competência do mestre “integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva” (33, p.8). O projeto da consulta de enfermagem, realizado com base numa análise diagnóstica, com a elaboração de um planeamento, a descrição das intervenções e a avaliação das mesmas e do próprio projeto, foi elaborado com o intuito de ser continuado pela equipa de enfermagem, mesmo após o término do estágio, pelo que a formação dos pares em relação às etapas do projeto e à divulgação dos resultados e vantagens da mesma foi essencial e contribuiu para o desenvolvimento da competência do mestre “realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular” (33, p.8).

Competência: *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.*

Descritivo: *Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Prescrição dos cuidados a prestar baseados na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente.*

Unidade de Competência:

- Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.

- *Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.*
- *Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.*
- *Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.*
- *Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.*

No Hospital de Dia de Psiquiatria o primeiro momento de identificação de problemas e necessidades do utente era na entrevista de entrada. Os familiares que acompanhavam o utente também eram sujeitos a uma avaliação com o intuito de compreender a sua influência no processo de doença e sintomas manifestados pelo utente. Tanto pela informação transmitida pelo utente como pelos seus familiares, era possível perceber o impacto que determinadas situações que ocorriam no contexto familiar ou durante o desenvolvimento tiveram na saúde mental do utente. Foi exemplo disto uma utente com perturbação da personalidade obsessivo-compulsiva, a quem lhe retiraram a fralda precocemente (com 1 ano de idade) e quando começou a falar rapidamente aprendeu “palavras difíceis” (sic). Os seus pais, na entrevista, mostraram ter sido uns pais muito exigentes a nível de aprendizagem escolar da utente e das atividades do seu quotidiano.

Após a entrevista e a determinação da admissão de um utente no Hospital de Dia, a equipa discutia os possíveis diagnósticos do utente em questão e, face às necessidades observadas, estas eram discutidas e era feito um primeiro planeamento geral das intervenções para a equipa multidisciplinar. Este planeamento ia sendo detalhado ao longo do internamento nas sessões clínicas e, também, nas reuniões pós grupo multifamiliar e psicoterapia grupal, tendo por base a observação efetuada e a informação recebida nos diversos momentos terapêuticos, tal como explicado anteriormente.

Para além disso, eram efetuados vários momentos de avaliação que ajudavam na identificação dos resultados esperados, na determinação da efetividade do plano de cuidados e dos ganhos em saúde mental. Logo à entrada eram efetuadas provas psicológicas aos utentes individualmente, nomeadamente referentes a sintomas, qualidade de vida e personalidade e cada utente preenchia um questionário relativo aos seus objetivos de tratamento no Hospital de Dia em questão. Posteriormente, eram efetuados dois

momentos de avaliação: um aos 3 meses, correspondendo à fase centrada na melhoria sintomática e outro aos 6/9 meses, dependendo da evolução do utente, durante o decorrer de uma fase com ênfase na estruturação de um projeto pessoal/escolar/profissional. Os resultados destes testes ao longo do internamento e a consecução dos objetivos traçados pelos utentes eram meios auxiliares para a identificação dos resultados esperados e para linhas de atuação a traçar, possibilitando monitorizar de uma forma sistemática os resultados das intervenções efetuadas no âmbito da saúde mental dos utentes, pelos diferentes elementos da equipa multidisciplinar.

No que se refere concretamente às intervenções de enfermagem, no âmbito do planeamento dos cuidados de enfermagem, destacaram-se algumas áreas de atuação. Relativamente ao regime medicamentoso, dentro do grupo de utentes, eram avaliadas as capacidades de cada utente na gestão e as dificuldades que pudessem existir na adesão ao regime medicamentoso. A partir das capacidades e dificuldades encontradas determinavam-se os diagnósticos de enfermagem, iniciando-se intervenções com vista à promoção de uma gestão e adesão medicamentosa pelos utentes, de modo a diminuir os seus sintomas e melhorar a sua funcionalidade. Eram vários os utentes que tinham toda a sua medicação ou parte dela a cargo das enfermeiras do Hospital de Dia, por tomas em quantidades ou frequências inadequadas. Apesar de garantirem uma gestão medicamentosa satisfatória, as enfermeiras consideravam que ainda existiam necessidades dos utentes neste âmbito que poderiam ser melhor satisfeitas, em momentos mais formalizados.

A alimentação era também uma área de atenção das enfermeiras, na qual procediam a uma avaliação semanal do peso de cada utente e procuravam perceber a causa dos aumentos ou diminuições de peso exacerbados. Com base nesses dados estabeleciam diagnósticos de enfermagem a partir dos quais efetuavam intervenções com vista à aquisição de um peso e alimentação saudáveis pelos utentes. Para além de supervisionarem a alimentação efetuada pelos utentes no Hospital de Dia, atuando em parceria com os serviços dietéticos, efetuavam alguns ensinamentos e estimulavam os utentes a terem uma alimentação saudável e a praticar exercício físico quando aplicável. No entanto a maioria dos utentes apresentava ainda excesso de peso e havia utentes com baixo peso, pelo que as enfermeiras consideravam a necessidade de efetuar intervenções mais específicas num ambiente formal para fazer face às dificuldades dos utentes nesta área.

A integração familiar, social e profissional dos utentes era também uma área de forte atuação e intervenção por parte da enfermagem. Para além das atividades

desenvolvidas por outros profissionais da equipa, as enfermeiras planeavam atividades dirigidas aos utentes, de realização em grupo, visto que as necessidades neste âmbito eram transversais a todos os utentes, embora de intensidade variável. Para cada atividade planeada eram definidos os objetivos e os resultados esperados com a sua realização, tendo sempre em vista a diminuição da exclusão social e o reforço das capacidades e competências dos utentes. No final de cada atividade eram avaliados a consecução dos objetivos e resultados esperados e em que medida essa atividade contribuía para produzir mudanças no estado mental de cada utente.

Tal como refere Peplau (26), o processo de enfermagem tem uma natureza seriada e finalista, permitindo elaborar planos de enfermagem que incluam todos os passos necessários para fazer da doença uma experiência propícia para o ensino do utente. Para que a enfermagem sirva de força educativa e terapêutica e propicie a maturação é necessário entender o significado da experiência para o utente. A impressão inicial de que o utente tem uma dificuldade exige a diferenciação e expansão de todos os fatores do problema e da forma como o afetam e aos seus objetivos.

As diferentes fases da relação enfermeiro-paciente identificadas pela autora expressam-se no decorrer do processo de enfermagem. A orientação no problema ajuda à expressão de necessidades e sentimentos, à reativação de antigos e novos, criados pelos desafios da nova situação. A identificação com um enfermeiro que simbolize uma pessoa de ajuda, que proporcione um apoio incondicional, é uma forma de satisfazer as necessidades e os problemas avassaladores do utente, permitindo que estes sejam superados e substituídos por necessidades mais maduras. A exploração do que oferece uma situação dá lugar a novas diferenciações do problema e ao desenvolvimento e melhora da habilidade nas relações interpessoais, proporcionando a projeção de novos objetivos a alcançar, mediante o esforço pessoal. A resolução das relações enfermeiro-paciente e o fortalecimento da personalidade para as novas relações sociais interdependentes são uma exigência para que ocorra o passo da situação hospitalar para a integração na vida comunitária.

Tal como se pode verificar nos exemplos anteriormente referidos, durante estas fases da relação enfermeiro-paciente o enfermeiro pode desempenhar diferentes papéis, reconhecidos por Peplau (26), de modo a fazer face aos problemas e necessidades que vão surgindo: papel de estranho, de pessoa recurso, professor, líder, substituto e conselheiro.

A consulta de enfermagem, projeto de intervenção com vista a minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, nomeadamente ao nível dos focos de atenção selecionados, foi sistematizada com base no processo de enfermagem, tal como anteriormente evidenciado.

Após a avaliação inicial das necessidades concretas dos utentes da consulta de enfermagem relativamente aos focos Ingestão Nutricional, Fazer Exercício e Adesão ao Regime Medicamentoso, procedeu-se à elaboração de diagnósticos, ao planeamento de intervenções, baseadas nos resultados da evidência, à determinação de resultados esperados, e à identificação de indicadores de avaliação desses resultados, através da elaboração de um plano de cuidados individualizado. Posteriormente, procedeu-se à realização dessas intervenções e à avaliação dos seus resultados, a partir dos indicadores de avaliação definidos.

Durante a prática clínica tivemos também a oportunidade de compreender de que forma é que a equipa do Hospital de Dia coordenava e promovia o acesso dos seus utentes aos recursos mais apropriados de cuidados de saúde. Durante o tratamento de um utente, por este manifestar um elevado risco de danos para si próprio e para os outros bem como abusos medicamentosos, por possibilidade de passagem ao ato, houve necessidade de proceder ao seu internamento 24h por dia, no serviço de psiquiatria. O risco de danos para o próprio e para outros bem como o abuso de medicamentos sedativos foram identificados por vários profissionais da equipa, tendo esta situação sido notificada e discutida na equipa durante as sessões clínicas. O seu médico de referência procedeu ao contacto com o serviço de psiquiatria do mesmo piso e coordenou com este o internamento do utente, bem como a presença do utente nas atividades diárias do Hospital de Dia. Outro caso foi de uma utente com diagnóstico de anorexia nervosa que, em simultâneo com o tratamento no Hospital de Dia, foi também acompanhada por uma nutricionista do serviço de perturbações do comportamento alimentar. Outra situação a referir foi a de uma utente que por dores em vários locais da coluna vertebral, que segundo a utente a incapacitavam para fazer até atividades simples, foi encaminhada pelo seu médico de referência do Hospital de Dia, após discussão em equipa, para uma consulta de neurologia, de modo a perceber-se se existia doença orgânica para as dores que referia e iniciar tratamento caso necessário. Estes exemplos descritos mostraram a contribuição dos diferentes profissionais da equipa no suporte e continuidade de cuidados aos seus utentes.

O desenvolvimento desta competência juntamente com a realização das Etapas de Execução e Avaliação do PIS permitiram-nos dar resposta à competência do mestre em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria “demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem” (33, p.7), nomeadamente no que respeita à avaliação exaustiva do indivíduo e família (em ligação aos focos de enfermagem) de forma específica e individual; à prescrição de intervenções de enfermagem geral e especializada; à avaliação da prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade; e à receção de referência de doentes no que se refere à necessidade de intervenção nestes no âmbito dos focos de enfermagem seleccionados no PIS. Para além disso possibilitaram a aquisição da competência do mestre “age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos” (33, p.8) ao implicar a seleção, de forma fundamentada, dos meios e estratégias mais adequados à resolução de um problema e a avaliação dos resultados em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e na perspectiva das repercussões. Adicionalmente, a pesquisa efetuada ao longo de toda a Etapa de Planeamento do PIS, para a implementação da consulta de enfermagem, e que contribuiu para a ampliação desta competência, colaborou na obtenção da competência do mestre “realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas” (33, p.7), na medida em que demonstrou a valorização da autoformação no desenvolvimento bem como o ajuste das necessidades de formação para a consecução dos projetos (PIS e PAC). As intervenções realizadas na consulta de enfermagem basearam-se nos resultados da evidência contribuindo assim para a aquisição da competência do mestre “inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência” (33, p.8) uma vez que foram analisados e implementados resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas que emergiram da área dos estudos especializados.

Competência: *Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.*

Descritivo: *A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a*

adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.

Unidade de Competência:

- Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.*
- Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.*
- Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.*

Durante a prática clínica no Hospital de Dia pudemos observar e participar em várias atividades psicoterapêuticas, nomeadamente os grupos multifamiliares e psicoterapias grupanalíticas, e de reabilitação psicossocial, nomeadamente a expressão plástica, a cineterapia, o relaxamento, a autobiografia, o treino cognitivo, o treino de competências sociais, a discussão de notícias e o “Entre nós”.

Peplau (26) refere que nos grupos podem observar-se diferentes funções nos seus membros. Os utentes podem servir de apoio a outros que necessitam de apoio do eu, podem ser muito críticos em relação ao hospital ou em relação a outros utentes, ou podem servir de árbitro entre dois utentes que estão com dificuldade em chegar a um acordo.

De acordo com a autora, os enfermeiros podem estudar o que fomenta os processos de autorreparação nesses grupos, sendo que, geralmente, não está acessível nas relações enfermeiro-utente. As tarefas psicológicas e o grau de habilidade que os utentes mostram na colaboração com o trabalho do grupo de utentes são aspetos que também podem ser estudados nos grupos. Podem observar-se a coesão do grupo e a sua base, o

nível de interesse, o grau de aceitação de um membro de outro grupo e os graus de confiança na autoridade dos enfermeiros e outras pessoas.

Por outro lado, tal como refere a autora, as forças de interferência ou disjunção são também aspetos a observar. Estas forças relacionam-se com as forças compulsivas negativas nas relações interpessoais, como frustrações internas, conflito, ansiedade, tensões, necessidades individuais de prestígio, personificações que agem fora da consciência, entre outras, e as forças compulsivas positivas que incluem escutar atentamente e ampliar o que foi dito, à luz da própria experiência, podendo ser feita, também, uma compreensão do problema através da clarificação dos sentimentos dos demais, esclarecendo o que foi dito e procurando a compreensão do problema.

Durante os grupos multifamiliares e as psicoterapias grupanalíticas observámos diversas vezes utentes a identificar significados latentes nas comunicações de outros, bem como a facilitação, por parte dos condutores dos grupos, da identificação desses significados, aumentando o “insight” dos utentes e permitindo-lhes elaborar novas razões para os seus problemas. Foi um exemplo uma situação com duas utentes que disputavam entre si as suas habilidades para a pintura. Numa psicoterapia grupanalítica, uma delas queixava-se da sua astenia e incapacidade para realizar atividades de forma prolongada e a utente rival, perante a incompreensão da primeira em relação aos seus sintomas, identifica de forma agressiva uma possível origem desses sintomas. A primeira utente reagiu agressivamente a essa identificação, referindo sentir-se incompreendida por todos, nomeadamente pela segunda utente e pelos profissionais que não defendiam os seus sintomas como uma causa física. A intervenção da condutora do grupo bem como de outros utentes presentes ajudou não só a identificar a causa desta discussão e da agressividade deslocada, permitindo às utentes compreender que a origem desta situação se deveu por um lado à tensão que estas continham devido à sua rivalidade, como também lhes permitiu relacionar acontecimentos anteriores das suas vidas com esta situação, nomeadamente a rivalidade da primeira utente com a sua irmã e a sensação de incompreensão por parte da sua mãe em relação à sua patologia. Este foi um exemplo de quanto estes grupos podem contribuir não só para o “insight” dos utentes como também para a libertação de tensão, para facilitar a capacidade de pensar sobre si próprio na relação com os outros, para perceber o impacto que a forma de comunicação pode ter sobre os outros, para aprender a compreender e a aceitar o ponto de vista dos outros, para a resolução de conflitos e para a compreensão dos significados latentes.

Nos grupos multifamiliares também observámos situações terapêuticas semelhantes a estas, mas incluindo os familiares dos utentes. Neles, as comunicações efetuadas eram alvo de identificação por outros utentes ou familiares, levando a que outros elementos presentes falassem sobre as semelhanças ou diferenças das suas situações, o que sentiam e como tentavam gerir essas situações, muitas vezes com o intuito de ajudar outros a resolver uma situação semelhante. Os conflitos entre utentes e familiares por vezes emergiam e, na interação com o grupo e condutores, começavam a ser reconhecidos por eles, ajudando-os a ouvir, tanto os utentes como os seus familiares, os respetivos pontos de vista, possibilitando uma verdadeira comunicação. Ao longo do tempo presenciámos situações de familiares e utentes que reconheciam o esforço de alguns utentes, bem como utentes que reconheciam o esforço dos seus familiares, observando-se a diminuição da raiva expressada entre os utentes e seus familiares pela compreensão do lado do outro, sendo experiências emocionalmente reparadoras tanto para os utentes como para os familiares.

No Hospital de Dia diariamente eram realizadas atividades promotoras da reabilitação psicossocial, nomeadamente a expressão plástica, a cineterapia, o relaxamento, a autobiografia, o treino cognitivo, o treino de competências sociais, a discussão de notícias e o “Entre nós”.

Essas atividades eram realizadas maioritariamente pela terapeuta ocupacional, mas também pelas enfermeiras e por alguns psicólogos. Nestas atividades estivemos não só presentes como participámos ativamente em muitas delas, ensinando, assistindo, apoiando e orientando os utentes.

As atividades de expressão plástica, que durante o estágio abarcaram atividades relacionadas com os festejos de Natal, remodelação de móveis e pintura em telas, de cineterapia com a visualização de diferentes filmes, de autobiografia com a escrita e expressão verbal de acontecimentos de vida nas suas diferentes fases e de discussão de notícias ou temas, favoreciam a expressão de sentimentos dos utentes com o objetivo de os capacitar para as relações sociais e familiares, através do reconhecimento das suas próprias emoções, promovendo assim uma vida emocional mais estável e adequada aos contextos. A cineterapia e a discussão de notícias promoviam também um incremento da cultura geral dos utentes, incitando-os a discutir sobre outros filmes que conheciam ou notícias relacionadas, promovendo deste modo também a capacidade de socialização e interesse pelo mundo exterior.

O treino cognitivo, com vista ao aumento das competências cognitivas individuais, favorecendo a funcionalidade profissional e a realização de atividades quotidianas, era efetuado com várias atividades como a escrita criativa, jogos de tabuleiro e outros jogos que implicavam recursos cognitivos como a memória, atenção, concentração e imaginação.

O treino de competências sociais, com vista ao desenvolvimento dessas competências, realizava-se com recurso a várias técnicas, nomeadamente de “role-playing”. O desempenho de papéis ou representação são formas de reviver uma experiência ampliando o seu significado consciente ou de ter experiências futuras permitindo desenvolver ideias e capacidades necessárias para lidar com os sentimentos (26).

O relaxamento ao permitir a exploração do corpo pelo utente tinha como finalidade última a sua própria aceitação, favorecendo as relações interpessoais, úteis à vida social, familiar e profissional.

Também desenvolvemos, em parceria com dois psicólogos e a terapeuta ocupacional, uma atividade designada “Entre nós”. Nesse momento foram realizadas três atividades: uma com vista ao desenvolvimento de sensibilidade interpessoal, através do reconhecimento dos utentes pelas mãos de cada utente delineadas numa folha de papel, pelas características próprias de cada um deles; uma segunda atividade com o objetivo de treino da memória e concentração, na qual, estando os elementos sentados em círculo, um elemento iniciava efetuando um gesto e a pessoa sentada ao lado teria que fazer o gesto anterior e acrescentar mais um, seguindo pela ordem em que estavam sentados fazendo todos os gestos anteriores pela ordem que se apresentavam e acrescentando um novo; e uma terceira atividade com a finalidade de estimulação a motricidade, o relaxamento, a criatividade, a competitividade saudável e o espírito de equipa, através do conhecido “jogo das cadeiras” ao som de música, mas com pares que dançavam enquanto a música tocava e, quando parava, um dos elementos do par teria que se sentar numa das cadeiras para não sair do jogo. Os utentes participaram nesta atividade com dinamismo, alguma facilidade, vontade e revelaram sensação de bem-estar no final das atividades. A última atividade nesta série de três teve como objetivo ser mais descontraída, divertida e relaxante, pois como era uma atividade realizada à sexta-feira à tarde diminuía a tensão que os utentes sentiam pela chegada do fim de semana.

No estágio realizado num serviço de ambulatório da região de Lisboa, tivemos a oportunidade de participar em diversas atividades de reabilitação psicossocial,

nomeadamente a “Adesão terapêutica”, “Atividade centrada na ocupação”, “Treino de competências sociais”, “Movimento e relaxamento”, “Grupo”, “Planeamento do fim de semana”, “Treino cognitivo”, “Grupo pós-alta”, “Avaliação do fim de semana”, “Atividades de vida diária”, “Atividade desportiva” e “Montanha do bem-estar”.

Na “Adesão terapêutica” era feita individualmente psicoeducação relativamente aos fármacos utilizados pelos utentes, bem como à forma da sua gestão, e era efetuado treino tanto para a aquisição dos fármacos, como para a sua preparação e toma. Nesta atividade era possível determinar a adesão ou não dos utentes à terapêutica farmacológica, permitindo a sinalização e a intervenção em casos de não adesão.

A “Atividade centrada na ocupação” era realizada em grupo e tinha como objetivo definir com cada utente um projeto ocupacional a realizar com vista a sua melhor integração social, com a ajuda da assistente social, que era quem dirigia esta atividade.

O “Treino de competências sociais” era efetuado em grupo e visava a promoção de comportamentos sociais mais adequados.

O “Movimento e relaxamento” era uma atividade realizada em grupo em que eram realizados exercícios de postura e, em seguida, alongamento promotores de relaxamento muscular e, posteriormente, era executada uma técnica de relaxamento.

O “Grupo” consistia no acompanhamento de cada utente relativamente ao seu projeto de reabilitação psicossocial, e era um espaço em que era possível que os utentes discutissem em grupo alguns problemas que fossem surgindo.

O “Planeamento de fim de semana” era uma atividade realizada em grupo que visava a definição de pequenos objetivos pelos utentes para o seu próprio fim de semana.

A “Avaliação de fim de semana” consistia na avaliação da consecução dos objetivos anteriormente definidos e na análise das falhas e sucessos.

O “Treino cognitivo” compunha-se de atividades de estimulação cognitiva.

O “Grupo pós-alta” era uma atividade realizada mensalmente e que integrava utentes que já tinham tido alta clínica, com o objetivo de acompanhar a realização do projeto definido pelos utentes e ajudar na resolução de problemas.

As “Atividades de vida diária” consistiam numa abordagem teórica e prática, em grupo, de atividades do quotidiano nas quais os utentes referissem dificuldades.

Na “Atividade desportiva” os utentes efetuavam exercícios de aquecimento, era realizada uma atividade desportiva aeróbia, como por exemplo basquetebol, depois eram realizados exercícios localizados e no final eram realizados exercícios de arrefecimento.

A “Montanha do bem-estar” era uma atividade de grupo onde cada utente se expressava relativamente aos pontos altos e baixos da sua semana.

Para além de participar nestas atividades, durante a atividade “Planeamento de fim de semana” realizámos com a terapeuta ocupacional que dirigia esta atividade um “role-playing” com intuito psicoterapêutico, demonstrativo das falhas de interpretação que podem ocorrer quando não existe comunicação clara entre duas pessoas e do impacto que isso poderia ter na vida do utente ao qual essa intervenção foi dirigida. Esta intervenção teve também como objetivo melhorar a crítica do utente para a forma como se relacionava com os outros, tendo sido também gentilmente confrontado com esse padrão de relacionamento relativamente a outros utentes do serviço.

Na Etapa de Execução do PIS, nomeadamente na realização das intervenções planeadas para cada um dos utentes durante a consulta de enfermagem, tivemos a oportunidade de prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, psicoeducacional e de reabilitação psicossocial.

Relativamente a atividades psicoeducativas destacaram-se as realizadas relativamente a hábitos alimentares saudáveis, à prática adequada de exercício físico, ao processo de doença e à toma de medicação, especialmente antipsicótica, a medidas de higiene do sono e de controlo do apetite, adaptadas às necessidades individuais e com uma abordagem sensível à disponibilidade para a aprendizagem de cada um dos utentes.

No que se refere a cuidados de reabilitação psicossocial enfatizaram-se o treino e gestão da medicação com vista à promoção da autonomia e à prevenção de recaídas, assim como a realização de intervenções com vista à adesão à terapêutica farmacológica. Para além disso, e ainda neste âmbito, evidenciaram-se intervenções com vista à promoção da autonomia quer ao nível da alimentação, nomeadamente na preparação de refeições e na escolha dos alimentos e proporções a ingerir, quer ao nível do exercício físico, no que se refere à diminuição de dependência de outros para a sua prática. Para além da promoção da funcionalidade pessoal na realização destas intervenções, ao nível da prática de exercício físico num dos utentes houve intencionalidade terapêutica de promoção da funcionalidade social, tendo em conta as dificuldades de relacionamento social e permanência no exterior do utente, ao intervir no sentido da procura da prática de exercício físico fora do domicílio.

Em relação a intervenções psicoterapêuticas foram realizadas intervenções estruturadas como observações, confrontações e interpretações como o intuito de melhorar o “insight” dos utentes, nomeadamente ao nível das causas do comportamento alimentar

compulsivo, das relações simbióticas que são estabelecidas como padrão relacional e os seus efeitos em termos de ansiedade de separação, das causas da recaída e sua relação com a não adesão ao regime medicamentoso, do abuso de medicação com efeito sedativo e a sua relação com as formas de defesa do utente perante o sofrimento, e da relação entre a necessidade de ser forte fisicamente com a de ser “forte emocionalmente”.

Estas atividades possibilitaram aos utentes identificar algumas das respostas mal adaptativas em relação aos focos de atenção de enfermagem, as quais puderam ser melhoradas também com a ajuda das intervenções psicoeducativas realizadas, promovendo mudanças positivas nos seus estilos de vida.

Para além disso, a identificação de experiências afetivas relacionadas com o comportamento alimentar, a prática de exercício físico e a toma autónoma da medicação, proporcionando a expressão de sentimentos e a libertação de tensões emocionais, foi outra intervenção de âmbito psicoterapêutico realizada. Os sentimentos positivos gerados pela identificação de algumas dessas experiências afetivas, especialmente aquelas resultantes de alterações de comportamentos, proporcionaram aos utentes a perceção da vivência de experiências gratificantes e, possivelmente, de carácter reparador.

Por fim, o reforço positivo efetuado aos utentes perante as suas respostas adaptativas também pode ser considerado de carácter psicoterapêutico na medida em que pode ser promotor da vivência de experiências gratificantes e reparadoras, principalmente quando os utentes têm uma autoimagem de baixa autoestima e autoeficácia.

O desenvolvimento desta competência permitiu-nos dar resposta à competência do mestre em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria “demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem” (33, p.7), nomeadamente no que respeita ao iniciar e coordenar a educação de indivíduos para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças, ao realizarmos intervenções psicoeducativas durante a consulta de enfermagem. Ao efetuarmos pesquisa sobre os conteúdos da psicoeducação realizada e ao realizarmos estágio num segundo local para aprendermos com as intervenções aí realizadas no âmbito dos focos de enfermagem selecionados, demonstrou a identificação de necessidades de formação e a valorização da autoformação no desenvolvimento, o que contribuiu para o desenvolvimento da competência do mestre “realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas” (33, p.7).

4 - PROJETOS FUTUROS

Tal como referido anteriormente, um dos nossos projetos futuros é a publicação de um artigo relativo ao PIS realizado.

Por outro lado, e uma vez que desenvolvemos atividade profissional numa Unidade de Queimados, tendo em conta as competências desenvolvidas durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e as que pretendemos ampliar após o término deste curso, através do investimento na formação contínua, outros dos nossos projetos será a realização de uma intervenção em grupo (pós alta) com pessoas vítimas de queimadura com o intuito de facilitar a sua reabilitação psicossocial tendo em conta as alterações da imagem corporal e défices motores detidos, secundários à queimadura prévia.

Dado que o autoconhecimento é de extrema importância para o exercício da especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, para o incrementar em simultâneo com o nosso desenvolvimento pessoal, pretendemos ainda iniciar um processo psicoterapêutico de orientação psicodinâmica.

5 – CONCLUSÃO

No presente documento, no âmbito do PIS, foi abordada a problemática da importância da avaliação de necessidades da pessoa com doença mental, tendo sido referenciadas algumas das necessidades encontradas a este nível, não só nos doentes em geral como em hospitais de dia e na situação portuguesa atual. Neste sentido, colocou-se a questão de quais seriam as necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa (local de estágio onde se elaborou o PIS), sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental. Para responder a esta questão foi então necessário conhecer em profundidade este contexto no que diz respeito ao seu funcionamento, atividades terapêuticas, equipa e utentes. Para além disso foi selecionado e aplicado um instrumento de avaliação de necessidades, o Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell, tendo em consideração os preceitos éticos e deontológicos implicados. Posteriormente, foram apresentados e analisados criticamente os resultados da aplicação do instrumento e identificados os focos de enfermagem, em linguagem CIPE® Versão 2, nomeadamente a Ingestão Nutricional, o Fazer Exercício e a Adesão ao Regime Medicamentoso.

Para fazer face aos focos de enfermagem identificados foi analisada a evidência das intervenções para esses focos e planeada uma consulta de enfermagem, como um projeto terapêutico individual, sustentada na Teoria das Relações Interpessoais, no Processo de Aconselhamento e no Modelo Transteórico. Esta consulta foi sistematizada com base no processo de enfermagem sendo que os diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem foram definidos a partir da CIPE® Versão 2 e os indicadores de avaliação basearam-se na Classificação dos Resultados de Enfermagem.

Em seguida, foi descrita a aplicação desta consulta a dois utentes do serviço em questão e avaliados os seus resultados, sendo que os resultados esperados definidos foram maioritariamente atingidos. Para além disso, foi conhecida a perceção dos utentes acerca da consulta, que se revelou positiva, e avaliado o seu processo de implementação, que se demonstrou bem sucedido. Foram enfatizados como pontos fortes desta consulta o facto desta estar sistematizada e ser orientada por um conjunto de teorias e modelos, permitindo a sua uniformização; das intervenções serem baseadas na evidência; e de se inserir num contexto psicoterapêutico forte e variado. Como pontos fracos destacam-se a ausência de um instrumento para determinar os estadios de mudança; a inexistência de indicadores de

avaliação na mesma linguagem que os resultados esperados; a necessidade de recorrer a termos adicionais para clarificar as intervenções em linguagem CIPE ®; e o tempo elevado necessário para utilizar a linguagem CIPE®. Assim, para melhorar a intervenção foi proposta a criação de um catálogo CIPE® ao nível do serviço; a criação de uma lista de indicadores de avaliação para os diferentes focos de enfermagem da consulta; a seleção de instrumentos para determinar os estádios de mudança relativos aos focos de enfermagem; e a utilização da aplicação da CIPE® na consulta de enfermagem para determinar os termos adicionais necessários e remete-los para as entidades competentes, de modo a contribuir para a construção desta linguagem.

Uma vez que o PIS possibilitou a aquisição e aprofundamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, foi efetuada uma breve abordagem da forma como eles se relacionaram.

No âmbito do PAC foi efetuada uma análise reflexiva das situações vividas no contexto da prática clínica à luz das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, tendo como referencial teórico a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau. Para além disso foi identificada a sua contribuição, em articulação com o PIS, para a aquisição das Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Neste sentido, o objetivo de demonstrar a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e das Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria através do desenvolvimento do PIS e do PAC, proposto para este relatório, foi atingido.

Apesar das intervenções de enfermagem realizadas no âmbito do PIS terem sido clarificadas com termos adicionais em relação à CIPE® considerou-se a necessidade de as descrever de forma mais pormenorizada, de modo a obter-se uma melhor perceção dos resultados atingidos com as mesmas, o que não foi possível devido ao número limite de páginas constituindo um constrangimento na realização deste documento. A burocratização dos serviços de saúde relativa à aprovação de aplicação de instrumentos também se tornou numa dificuldade, tendo tido implicações ao nível do rigor da intervenção realizada.

Por outro lado, pode considerar-se que os resultados obtidos no PIS poderiam ter sido substancialmente beneficiados com uma Etapa de Execução mais prolongada no tempo. Apesar do projeto realizado ter trazido benefícios para os utentes, na satisfação de

parte das suas necessidades, para equipa de enfermagem, que viu materializada uma intervenção sistematizada e baseada na evidência para focos que considerou importantes, para o serviço e instituição, na melhoria da resposta às necessidades dos seus utentes utilizando cuidados de qualidade, a consulta de enfermagem foi realizada durante um curto espaço de tempo e não permitiu a avaliação dos efeitos a longo prazo, o que se tornou numa limitação deste projeto.

Porém, as reuniões de tutoria individuais e em grupo, a disponibilidade do Professor Joaquim Lopes no esclarecimento de dúvidas, a partilha de experiências com os estudantes da mesma área de especialidade, os conteúdos lecionados nas unidades curriculares e a colaboração e disponibilidade de toda a equipa do Hospital de Dia foram aspetos muito positivos e muitíssimo facilitadores da elaboração do PIS, do PAC e deste documento.

A elaboração deste documento foi importante para o nosso desenvolvimento e aprendizagem pessoal e profissional, na medida em que nos proporcionou uma reflexão sobre o vivido na prática clínica aliada aos referenciais teóricos adquiridos nas unidades curriculares, no contexto de estágio e na pesquisa bibliográfica efetuada. A análise reflexiva efetuada contribuiu também para a tomada de consciência da importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no seio da equipa de enfermagem. Por outro lado, permitiu-nos conhecer e utilizar a Metodologia de Projeto, útil para a resolução de problemas, permitindo-nos usá-la no futuro.

Entendemos que no final deste documento tenhamos demonstrado perfil de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na medida em que:

- Demonstrámos competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria;
- Realizámos desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- Integrámos equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;
- Agimos no desenvolvimento de tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- Contribuímos para a promoção da prática de enfermagem baseada na evidência;
- Realizámos análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas

de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem de saúde mental e psiquiatria em particular.

Concluído este documento, temos consciência de um longo caminho ainda a percorrer no sentido do desenvolvimento em profundidade das nossas competências enquanto enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Procuraremos na nossa vida profissional prestar sempre cuidados de enfermagem de qualidade e excelência, contribuindo para a manutenção de uma enfermagem autónoma, responsável e fundamentada no seu exercício e cooperando para a sua dignificação e reconhecimento.

BIBLIOGRAFIA

- (1) NUNES, Lucília; RUIVO, Alice e FERRITO, Cândida – Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos. [Em linha] ? :5 Jan-Mar(2010) 1-15 [Consult. 28 março 2012]. Disponível na Internet http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf ISSN 1646-5067.
- (2) PORTUGAL, Ministério da Saúde. Relatório mundial da saúde – Saúde mental: nova conceção, nova esperança [Em linha]. 1ª ed, Lisboa, abril 2002. [Consult. 22 Dez. 2011]. Edição em língua portuguesa do *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope* (WHO). Disponível na Internet http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf ISBN 972-675-082-2
- (3) PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo [Em linha]. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. 56 p. [Consult. 22 Dez. 2011]. Disponível na Internet http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf ISBN 978-989-95146-6-9
- (4) KISCHBAUM, Débora e PAULA, Flora – Contradições no Discurso e na Prática do Trabalho de Enfermagem nos Serviços-Dia de Saúde Mental. Rev Esc Enferm USP [Em linha] 36:2 (2002) 170-6. [Consult. 20 Dez. 2011]. Disponível na Internet http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000200010 ISSN 0080-6234.
- (5) LIMA, Maria e BOTEGA, Neury – Hospital-dia: para quem e para quê?. Rev. Bras. Psiquiatr. [Em linha] 23:4 (2001) 195-9. [Consult. 10 Jan. 2012]. Disponível na Internet <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7167.pdf> ISSN 1516-4446.
- (6) THORNICROFT, Graham – Disparidades de saúde física e doença mental: o escândalo da mortalidade prematura. The British Journal of Psychiatry: edição portuguesa. Lisboa: Divulgoer. ISSN 0007-1250. 6:6 (dezembro 2011) 319-20.

(7) PORTUGAL, Ministério da Saúde, Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental: proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016. Lisboa: Britográfica, Artes Gráficas, Lda, 2007a. Depósito Legal 264697/07.

(8) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, Comissão Especializada para a Reabilitação Psicossocial – Relatório reabilitação psicossocial em saúde mental: situação atual e recomendações. 2005. [Consult. 20 Nov. 2011]. Disponível na Internet http://www.fnerdm.pt/Downloads/docs/Relatorio_CNSM.pdf

(9) NETO, Isaura Manso - Moving groupwork into the day hospital setting. In RADCLIFFE, Jonathan, et al - Psychological groupwork with acute psychiatric inpatients. London: Whiting & Birch Lda, 2010. ISBN 9781861771.186. p. 325-342.

(10) GAGO, Joaquim Filipe Sousa – Avaliação de necessidades em reabilitação psicossocial: aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell em três centros de reabilitação psicossocial e profissional. Lisboa, 1996. 133p. Dissertação de mestrado em saúde mental. Acessível na Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

(11) BARRY, Patricia D. – Mental health and mental illness. Contribuição de Suzette Farmer. [Em linha] 7ªed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. [Consult. 5 Dez 2011] Disponível na Internet <http://books.google.pt/books?id=LIUrprTgHhIC&pg=PA16&lpg=PA16&dq=quem+%C3%A9+o+autor+de+psychiatric+mental+health+nursing+scope+and+standards&source=bl&ots=ipd80muRzF&sig=WQWyl-tKINxn3065ox7QTqNBQFk&hl=pt-PT&sa=X&ei=gyPCUJTLdc-2hAfX1oHADw&ved=0CDUQ6AEwBg#v=onepage&q=quem%20%C3%A9%20o%20autor%20de%20psychiatric%20mental%20health%20nursing%20scope%20and%20standards&f=false> ISBN 0-7817-3138-0.

(12) MONTGOMERY, P., ROSE, D. e CARTER, L, - Patient health outcomes in psychiatric mental health nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. [Em linha] 16 (2009) 32-45. [Consult. 10 Dez 2011]. Disponível na Internet

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2008.01327.x/abstract;jsessionid=88134B6427066130479C434B28486BB3.d02t03?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+on+15+December+from+10%3A00-12%3A00+GMT+%2805%3A00-07%3A00+EST%29+for+essential+maintenance&userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage> ISSN 1365-2850.

(13) CARVALHO, José Carlos – Da avaliação ao Diagnóstico. In SEQUEIRA, Carlos e SÁ, Luís - Do diagnóstico à intervenção em saúde mental: II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2010. ISBN 978-989-96144-2-0. p. 65-67.

(14) ORDEM DOS ENFERMEIROS – CIPE® Versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Tradução Dra Hermínia Castro 1ª ed. Santa Maria da Feira: Rainho e Neves, LDA, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

(15) CARDOSO, Lucilene e GALERA, Sueli – Adesão ao tratamento psicofarmacológico. Ata Paul. Enferm. [Em linha] 19:3 julho/Set(2006) 343-8. [Consult. 10 abril. 2012]. Disponível na Internet <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a15v19n3.pdf> ISSN 1982-0194.

(16) ZYGMUNT, Annete et al – Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. Am J Psychiatry. [Em linha] 159:10 Out(2002) 1653-64. [Consult. 10 abril. 2012]. Disponível na Internet <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3741/1653.pdf> ISSN 1535-7228.

(17) VERHAEGHE, Nick et al – Effectiveness and cost-effectiveness of lifestyle interventions on physical activity and eating habits in persons with severe mental disorders: a systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. [Em linha] 8:28 (2011) 1-12. [Consult. 16 abril 2012]. Disponível na Internet <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3094265/pdf/1479-5868-8-28.pdf> ISSN 1479-5868.

(18) ACHTERBERG, Theo et al – How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. Health Promotion International.

[Em linha] 26:2 (2010) 148-62. [Consult. 16 abril 2012]. Disponível na Internet <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090154/pdf/daq050.pdf> ISSN 1460-2245

(19) TORAL, Natacha e SLATER, Betzabeth – Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. Ciência e Saúde Coletiva. [Em linha] 12:6 Dez(2007) 1641-50. [Consult. 15 abril 2012]. Disponível na Internet http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600025 ISSN 1678-4561.

(20) ADAMS, J. e WHITE, M. – Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. Br. J. Sports Med. [Em linha] 37: (2003) 106-14. [Consult. 15 abril 2012]. Disponível na Internet <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1724627/pdf/v037p00106.pdf> ISSN 1473-0480.

(21) ATTUX, Cecília et al – Intervenções não farmacológicas para manejo do ganho de peso em pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos. Arq Bras Endocrinol Metab. [Em linha] 53:4 (2009) 391-8. [Consult. 12 abril 2012]. Disponível na Internet <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n4/v53n4a02.pdf> ISSN 0004-2730.

(22) CARVALHO, Silvia et al – Reflexo da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na consulta de enfermagem. Revista Rede de Cuidados em Saúde. [Em linha] 2:2 (2008) 1-8. [Consult. 10 março 2012]. Disponível na Internet <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/91/101> ISSN 1982-6451

(23) BETEGHELLI, Paula et al – Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Em linha] 7:3 (2005) 334-43. [Consult. 10 março 2012]. Disponível na Internet <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/899/1092> ISSN 1518- 1944.

(24) FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da concepção à realização. Tradução Nídia Salgueiro. 3ªed. Loures: Lusociência, 2003. 388p. ISBN 972-8383-10-X.

(25) PROCHASKA, James e DICLEMENTE, Carlo – The transtheoretical approach. In Handbook of psychotherapy integration. [Em linha] 2ªed. New York: Oxford University

Press, 2005. [Consult. 5 abril 2012] Disponível na Internet http://www.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=wwpACyzL9gC&oi=fnd&pg=PA147&dq=transtheoretical+model+prochaska+diclemente+1985&ots=QGJPysgmc5&sig=hFXK5Jz24KqF06A4VDZJxEUKZ8&redir_esc=y#v=onepage&q=transtheoretical%20model%20prochaska%20diclemente%201985&f=false ISBN 0-19-516579-9.

(26) PEPLAU, Hildegard E. – Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica. Barcelona: Edições Científicas e Técnicas, S.A., 1992. ISBN 84-458-0146-5.

(27) PATTERSON, Lewis e EISENBERG, Sheldon – O processo de aconselhamento. Tradução Magaly Alonso. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 230p. ISBN 853-3617-83-6

(28) GUSTAVO, A. e CABRERA, A. – El modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista de la facultad nacional de salud pública. [Em linha] 18:2 (2000) 129-38. [Consult. 5 abril 2012]. Disponível na Internet <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/120/12018210.pdf> ISSN 0120-386X

(29) MOORHEAD, Sue; JOHNSON, Marion e MAAS, Meridean – Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Tradução Marta Avena. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 880p. ISBN 978-85-363-1323-8.

(30) ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de Desempenho Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Caderno Temático. Dez 2009. [Consult. 20 Jan. 2011] Disponível na Internet <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

(31) REGULAMENTO nº 122/2011. DR II série. 35 (18-02-2011) 8648-8653.

(32) REGULAMENTO nº 129/2011. DR II série. 35 (18-02-2011) 8669-8673.

(33) IPS (INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL), Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem – Mestrado em enfermagem: guia de curso 1º semestre. Ano letivo 2010/2011. 65p. Acessível no Instituto Politécnico de Setúbal.

(34) KAPLAN e SADOCK'S – Comprehensive textbook of psychiatry. 9ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. ISBN 0-7817-6899-3.

(35) GABBARD, Glen O. – Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. Tradução Maria Rita Secco Hofmeister. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 462p. ISBN 978-85-363-0722-0.

(36) FONAGY, Peter – Attachment theory and psychoanalysis. New York: Other Press, 2001. 261p. ISBN 1-892746-70-0.

APÊNDICE 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO INTERNADA NO HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DA REGIÃO DE LISBOA

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	
Género	
Feminino	n=11
Masculino	n=4
Idade média	
36 anos (mínimo 21 anos, máximo 58 anos)	
Estado civil	
Solteiro	n=9
Casado	n=3
Divorciado	n=3
Com quem vive	
Sozinho	n=3
Companheiro/esposo	n=3 (2 com filhos)
Pais	n=7 (1 com filhos)
Com o Filho	n=2
Onde vive:	
Casa própria (arrendada ou não)	n=8
/quarto arrendado	
Casa dos pais	n=6
Casa do filho(a)	n=1
Existência de filhos:	
Sem filhos	n=10
Com filhos	n=5 (3 com filhos menores)
Nível de escolaridade	
Licenciatura	n=2
No ensino superior	n=1
12º ano	n=9
9º ano	n=2
6º ano	n=1
Situação laboral	
A estudar	n=2
Desempregado	n=7
Baixa laboral	n=4
Reformado	n=1
A trabalhar	n=1

Tabela das características sócio-demográficas da população internada num Hospital de Dia de Psiquiatria da região de Lisboa (n=15).

APÊNDICE 2 – CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Liliana Carolina Tavares Barca, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no Instituto Politécnico de Setúbal e a realizar estágio no Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria sob a orientação da Enfermeira com Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria Liliana Lago, encontra-se a realizar um estudo de avaliação de necessidades de enfermagem em saúde mental, nos utentes a frequentar o Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria.

Este estudo tem como objetivos a realização de um projeto de intervenção em serviço com vista a identificação e satisfação das necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, sensíveis aos cuidados de enfermagem, cujo trabalho final será apresentado para discussão em tese de Mestrado.

Para a sua concretização solicitamos a sua colaboração através da resposta ao inquérito que se seguirá, que terá uma duração de cerca de 30 minutos.

Este inquérito não é um teste, não existem respostas certas ou erradas e em todas as suas respostas é garantido o anonimato e a confidencialidade. A informação recolhida será utilizada apenas para a realização do trabalho em questão. Acrescenta-se ainda que a qualquer altura poderá prescindir da sua participação, sem qualquer dano ou penalização.

Agradecemos a sua colaboração!

Eu, abaixo-assinado(a), _____ ,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do inquérito que irá ser realizado, tendo-me sido dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos e o eventual

desconforto da avaliação. Foi-me igualmente garantido que a minha desistência não tinha qualquer efeito posterior nos cuidados prestados e que os dados serão tratados de forma confidencial e usados para fins pedagógicos e científicos.

Por isso, consinto em participar neste estudo, respondendo às questões propostas e permitindo a recolha de informações.

_____, _____ de _____ de 20____

_____(utente)

_____(investigador)

APÊNDICE 3 – GUIÃO DE ENTREVISTA

FOCO: ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

Avaliar:

- Compreensão da prescrição na receita
- Dificuldades na aquisição dos medicamentos após adquirir a receita
- Conhecimento do efeito terapêutico da medicação prescrita
- Compreensão do guia de tratamento
- Dificuldades na preparação dos medicamentos de acordo com o guia de tratamento (através da resposta do utente e da observação da preparação da medicação no serviço)
- Situações de toma em excesso ou de ausência de toma, esclarecendo o contexto, a data e as causas na perspetiva do utente
- Confiança na não repetição do comportamento de não adesão ao regime medicamentoso
- Conhecimento sobre consequências da ausência ou excesso de toma da medicação
- Conhecimento sobre sinais de recaída
- Efeitos secundários da medicação

FOCO: INGESTÃO NUTRICIONAL

Avaliar:

- Padrão alimentar do utente: número de refeições e tipo de alimentos ingeridos
- Dificuldades na aquisição, conservação e preparação dos alimentos
- Responsabilidades, na dinâmica do agregado familiar, pela aquisição, conservação e preparação dos alimentos
- Conhecimento sobre a escolha de alimentos saudáveis e a proporção dos alimentos ao longo do dia nas diferentes refeições
- Conhecimento sobre as formas de confeção mais saudáveis dos alimentos
- Causas, na perspetiva do utente, para o aumento de peso
- Existência de situações de polifagia e o seu contexto
- Apetite e estratégias utilizadas para o seu controlo
- Compreensão da importância de uma alimentação saudável
- Motivação/interesse do utente para alterar hábitos alimentares

- Se antecedentes de Hipertensão Arterial: fatores presentes nos hábitos alimentares que possam ser prejudiciais e o conhecimento desses fatores

FOCO: FAZER EXERCÍCIO

Avaliar:

- Prática de atividade física atual: atividade realizada, frequência, como é executada
- Motivos da escolha da atividade física realizada
- Gostos em termos de atividade física
- Dificuldades relacionadas com a prática de atividade física
- História anterior de atividade física
- Compreensão da importância da atividade física para a saúde

APÊNDICE 4 – ARTIGO RELATIVO AO PIS

NECESSIDADES DAS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL NUM HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA – FOCOS INGESTÃO NUTRICIONAL, FAZER EXERCÍCIO E ADESAO AO REGIME MEDICAMENTOSO

Barca, Carolina*; Lopes, Joaquim**

* Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

** Doutorado em Enfermagem. Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

RESUMO:

Num hospital de dia de psiquiatria da região de Lisboa foi elaborado um projeto de intervenção em serviço (PIS) com vista à satisfação das necessidades dos utentes, baseado na Metodologia de Projeto e suas etapas. Na Etapa Diagnóstica foi aplicado o Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell no sentido de identificar as necessidades dos utentes desse serviço, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Identificaram-se como focos de enfermagem a *Ingestão Nutricional*, o *Fazer Exercício* e a *Adesão ao Regime Medicamentoso*. Na Etapa de Planeamento delineou-se uma consulta de enfermagem (CE) para responder aos focos identificados. Na Etapa de Execução descreveram-se as intervenções efetuadas na consulta de enfermagem. Na Etapa de Avaliação avaliaram-se o processo e o produto final da consulta. Na Etapa de Divulgação foram divulgados os resultados em termos de ganhos em saúde para os utentes.

A consulta sustentou-se na Teoria das Relações Interpessoais, no Processo de Aconselhamento e no Modelo Transteórico. A consulta sistematizou-se com base no processo de enfermagem: os diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem definiram-se a partir da CIPE® Versão 2 e os indicadores de

avaliação basearam-se na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Os resultados esperados foram maioritariamente atingidos e o processo de implementação da consulta bem sucedido.

Palavras-chave: consulta de enfermagem, processo de enfermagem, Metodologia de Projeto, projeto de intervenção em serviço.

ABSTRACT:

An intervention project in service (IPS) was elaborated in a psychiatric day hospital in the Lisbon region, in order to satisfy the needs of inpatient, based on the Project Methodology and its stages. In Step Diagnostic Survey, Camberwell Assessment of Needs was used to identify the needs of inpatients of that service, sensitive to nursing care. Nursing foci were identified, such as Nutritional Intake, Doing Exercise and the Adherence to Medication Regimen. In Step Planning was outlined a nursing consultation (NC) to respond to identified foci. In Step Execution, interventions in nursing consultation were described. In Step Assessment the process and the end product of consultation were evaluated. In Step Divulcation results were disclosed in terms of health gains to users.

The consultation held up on the Theory of Interpersonal Relations, on Counseling Process and on Transtheoretical Model.

The consultation was systematized from nursing process: diagnosis, expected outcomes and nursing interventions were defined from the ICNP ® Version 2 and the evaluation indicators were based on the Nursing Outcomes Classification (NOC). The expected results were mostly achieved and implementation process of consultation was successful.

Keywords: Nursing consultation,

Nursing process, Project Methodology, Intervention project in service.

INTRODUÇÃO:

A abordagem da saúde mental dá cada vez mais ênfase à promoção da autonomia e à integração social dos doentes de modo à sua manutenção na comunidade residencial em vez do seu confinar a instituições psiquiátricas (1).

Os hospitais de dia são locais privilegiados para ações de reabilitação psicossocial importantes para a reintegração social dos utentes, através do desenvolvimento de intervenções de promoção de autonomia e competências sociais que permitam a vivência dos utentes na comunidade, nomeadamente através do trabalho de enfermagem em saúde mental (2). Para isso é essencial uma avaliação das necessidades dessas pessoas dentro de cada contexto, de forma individualizada, tendo em conta as necessidades em cuidados já analisadas em Portugal e a evidência encontrada dessas necessidades para as pessoas com doença mental em geral.

A consecução deste projeto visou dar resposta às seguintes questões:

- Quais as necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria, sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental?
- Que intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental podem ser desenvolvidas para responder às necessidades identificadas?

A realização deste projeto teve como objetivos gerais:

- Identificar as necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Planear, ao nível do serviço, as intervenções de enfermagem destinadas ao atendimento das necessidades identificadas;
- Executar as intervenções de enfermagem planeadas;

- Avaliar as intervenções de enfermagem executadas;
- Divulgar os ganhos em saúde para os utentes que decorreram das intervenções realizadas.

Este trabalho decorreu de acordo com a Metodologia de Projeto que é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas, na qual se procede à elaboração de um projeto e à sua concretização numa situação real (Guerra apud 3), visando identificar problemas e resolvê-los (3).

Explicitam-se seguidamente as etapas da Metodologia de Projeto desenvolvidas para atingir os objetivos delineados.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO:

De modo a identificar as necessidades dos utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria inicialmente auscultou-se a opinião de alguns profissionais da equipa acerca das necessidades desses utentes, de modo a selecionar-se um instrumento adequado à população em questão. Selecionou-se o Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (IANC), instrumento validado para a população portuguesa, que apresenta 22 itens que podem dividir-se em 5 subgrupos: necessidades básicas, incluindo os itens alojamento, alimentação e atividades diárias; necessidades de saúde, incluindo os itens saúde física, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, drogas, álcool, risco de danos para o próprio e para os outros; necessidades sociais, incluindo os itens contactos sociais, relações íntimas e relacionamento sexual; necessidades de funcionamento diário incluindo os itens tarefas domésticas básicas, autocuidado, cuidar dos filhos, educação básica e dinheiro; e necessidades em termos de serviços incluindo os itens informação sobre a doença e tratamento, utilização de telefone e transportes e subsídios/benefícios sociais (4). Cada um destes itens é analisado tanto na

perspetiva dos utentes como dos profissionais.

Os dados colhidos foram tratados com base na frequência das necessidades identificadas.

De acordo com a análise dos resultados da aplicação do IANC conclui-se que o sofrimento psicológico, os contactos sociais, o dinheiro, as relações íntimas, o relacionamento sexual e os subsídios/benefícios sociais eram as necessidades dos utentes mais frequentes.

Após a identificação destas necessidades foi efetuada uma análise crítica no sentido de selecionar alguns focos de intervenção, com base na sensibilidade aos cuidados de enfermagem, na oferta terapêutica do serviço e nos recursos disponíveis.

A alimentação, exercício físico e adesão ao regime medicamentoso foram os focos de enfermagem selecionados, com vista ao empoderamento, participação ativa na vida social e bem-estar dos utentes, clarificados em linguagem CIPE® Versão 2 (5):

- Relativamente à alimentação foi considerado o foco "Ingestão Nutricional – Status Nutricional: Quantidade e qualidade de nutrientes ou alimentos introduzidos no corpo" (p. 59);
- Em relação ao exercício físico foi considerado o foco "Fazer Exercício – Realizar: Trabalho físico e voluntário dos sistemas musculoesquelético e respiratório para melhoria da forma física, mobilidade e força" (p. 54);
- No que se refere à adesão ao regime medicamentoso foi considerado o foco "Adesão ao Regime Medicamentoso – Adesão" (p. 38); "Adesão – Status: Ação autoiniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um

comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)" (p.38).

PLANEAMENTO:

De forma a dar resposta às necessidades dos utentes ao nível dos focos de enfermagem selecionados, após a análise da evidência das intervenções para esses focos e após reunião com a equipa de enfermagem, optou-se por realizar uma CE.

Devido às limitações temporais para a sua implementação, foram selecionados dois utentes desse hospital de dia para a integrar, utilizando critérios de seleção, nomeadamente a data da alta prevista compatível com o período da intervenção, a assiduidade ao hospital de dia, um grau importante de necessidades nestes focos de acordo com a perceção das enfermeiras e o interesse na frequência da consulta.

Planeou-se que a CE teria uma frequência semanal, ajustada à dinâmica do serviço, com uma duração de cerca de 60 minutos, a decorrer ao longo de 8 semanas, procedendo-se à elaboração do respetivo cronograma.

Identificaram-se as características desejáveis do local da sua realização e os recursos materiais necessários, tendo em conta os recursos disponíveis.

Determinou-se que o local de registo de informação relativa à CE seria no processo de enfermagem dos utentes.

Identificaram-se riscos potenciais para a concretização da CE e delinearam-se estratégias para os minimizar.

Elaborou-se um guião de entrevista para a colheita de dados inicial, que foi

efetuada através de uma entrevista não estruturada, parcialmente estruturada, de modo a facilitar a compreensão da percepção do utente acerca dos acontecimentos ou fenómenos (6).

Decidiu-se que a CE seria sistematizada a partir do processo de enfermagem, indo ao encontro da literatura encontrada (7; 8).

Determinou-se que os diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem seriam definidos a partir da CIPE® Versão 2; os indicadores de avaliação basear-se-iam na NOC, uma vez que a CIPE® não possui classificação para indicadores de avaliação; as intervenções de enfermagem seriam planeadas com base nos resultados da evidência e no Modelo Transteórico (9).

Decidiu-se que a Teoria das Relações Interpessoais (10) e o Processo de Aconselhamento (11) teriam um papel de pano de fundo em toda a CE, quer ao nível da análise das situações, comunicação e relação com o utente, quer ao nível de intervenções estruturadas a realizar.

EXECUÇÃO:

Nesta etapa foi colocada em prática a CE, de acordo com o planeado na etapa anterior. Na primeira CE de cada utente foi efetuada a entrevista utilizando o guião de entrevista elaborado e colhidos dados objetivos (peso, altura, perímetro abdominal, dados laboratoriais, tensão arterial). A partir dos dados daí obtidos identificaram-se, para cada utente, fatores que afetavam negativamente os focos de intervenção e recursos nos utentes para modificar positivamente esses fatores. A identificação de fatores precipitantes e recursos foi um processo que se foi aprofundando ao longo das CE seguintes. Seguidamente foram elaborados diagnósticos de enfermagem e definidos resultados esperados, utilizando a CIPE® Versão 2.

Para atingir os resultados esperados delinearam-se intervenções, baseadas nos modelos anteriormente referidos, sendo que o Modelo Transteórico teve um papel de ênfase como guia orientador para a determinação do tipo e momento de aplicação das intervenções.

Após delimitar o estadio de mudança para cada foco de intervenção, de acordo com o Modelo Transteórico, foram determinadas as intervenções, tendo em vista as tarefas previstas para cada estadio, tendo porém havido por vezes a necessidade de colmatar alguns aspetos referentes a estadios anteriores de forma a consolidar a progressão dos utentes no estadio atual.

Foram realizadas intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas e de reabilitação psicossocial.

Todas as intervenções efetuadas foram descritas o mais possível em linguagem CIPE® Versão 2, no entanto, visto ser uma linguagem ainda em construção, houve necessidade de recorrer a termos adicionais para clarificar as intervenções efetuadas.

A pesquisa bibliográfica acompanhou continuamente o desenvolvimento das CE tendo sido relevante na aquisição e aprofundamento de contributos teóricos relativos aos focos de intervenção, selecionados em função das necessidades de cada utente, permitindo sustentar as intervenções realizadas.

Procurou-se agir tendo em conta a singularidade de cada utente e a interdependência das esferas bio-psico-sócio-cultural e espiritual de cada um dos utentes. Os utentes foram envolvidos no processo de cuidados tendo tido um papel ativo nas intervenções desenvolvidas.

Em simultâneo com a CE foram efetuadas sessões de supervisão de cuidados.

AVALIAÇÃO:

Para avaliar os resultados obtidos com as intervenções realizadas durante a CE precedeu-se, a partir dos resultados esperados definidos para cada utente, à seleção de resultados de enfermagem e seus indicadores de avaliação contidos na NOC (12). Conclui-se que os resultados esperados para ambos os utentes foram concretizados na sua maioria. Ao nível da mudança dos estilos de vida (*Ingestão Nutricional* e *Fazer Exercício*) as intervenções foram menos bem sucedidas sendo um dos possíveis determinantes a curta duração da CE, que não permitiu avaliar resultados de comportamentos expectáveis já após a CE e avaliar o efeito a longo prazo da alteração de alguns comportamentos alimentares associados à promoção do regime de exercício.

A avaliação da CE implicou a avaliação de vários fatores. Um deles foi o conhecimento da perceção dos utentes acerca da mesma, a qual se revelou positiva. Outro aspeto foi a avaliação do seu processo de implementação o qual decorreu como planeado e sem dificuldades, tendo havido apenas a necessidade de ajustar duas datas da CE devido à dinâmica do serviço e à existência de um feriado, de modo a maximizar o número de sessões; por outro lado, a não existência de um local fixo pré-determinado para a realização das CE foi considerado um aspeto a melhorar devido às interrupções ocorridas durante algumas sessões. Outro fator foi a verificação da adequação da prática à evidência inicialmente encontrada. Foi também importante a confirmação dos objetivos propostos para a realização do PIS e a identificação de pontos fortes e fracos/falhas da CE. Enfatizaram-se como pontos fortes desta CE o facto desta estar sistematizada e ser orientada por um conjunto de teorias e modelos, permitindo a sua uniformização; das intervenções serem baseadas na evidência; e de se inserir num contexto psicoterapêutico forte e variado. Como pontos fracos

destacaram-se a ausência de um instrumento para determinar os estadios de mudança; a inexistência de indicadores de avaliação na mesma linguagem que os resultados esperados; a necessidade de recorrer a termos adicionais para clarificar as intervenções em linguagem CIPE®; e o tempo elevado necessário para utilizar a linguagem CIPE®.

DIVULGAÇÃO

Na etapa de divulgação apresentaram-se as intervenções realizadas e os seus resultados em termos de ganhos em saúde dos utentes à equipa de enfermagem e foi elaborado este artigo.

CONCLUSÃO:

A CE foi um projeto terapêutico individual que visou a satisfação de necessidades relativas aos focos *Adesão ao Regime Medicamentoso*, *Ingestão Nutricional* e *Fazer Exercício*, implementado com sucesso quer ao nível do processo quer ao nível dos resultados em saúde dos utentes de um hospital de dia de psiquiatria da região de Lisboa. Porém ao longo do projeto identificaram-se alguns pontos fracos propondo-se como medidas de melhoria a criação de um catálogo CIPE® ao nível do serviço; a criação de uma lista de indicadores de avaliação para os diferentes focos de enfermagem da CE; a seleção de instrumentos para determinar os estadios de mudança relativos aos focos de enfermagem; a utilização da aplicação da CIPE® na CE para determinar os termos adicionais necessários e remete-los para as entidades competentes, de modo a contribuir para a construção desta linguagem.

Considerou-se o curto período de intervenção e a inexistência de um seguimento dos resultados após o término das CE limitações deste projeto impeditivas da avaliação da efetividade das intervenções a longo prazo e do

comportamento autogerido. Para além disso, verificou-se que o défice de autonomia destes utentes foi um obstáculo difícil de ultrapassar, pensando-se muitas vezes estar ligado a questões de padrão relacional, de dinâmica familiar e da própria patologia, crendo-se que os resultados destas consultas, realizadas em simultâneo com outras intervenções terapêuticas realizadas nesse hospital de dia (como por exemplo o grupo multifamiliar e a psicoterapia grupal), poderiam revelar-se potenciados por essas intervenções, sobretudo em utentes em início de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo [Em linha]. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. 56 p. [Consult. 22 Dez. 2011]. Disponível na Internet http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionaisaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf ISBN 978-989-95146-6-9
- (2) KISCHBAUM, Débora e PAULA, Flora – Contradições no Discurso e na Prática do Trabalho de Enfermagem nos Serviços-Dia de Saúde Mental. Rev Esc Enferm USP [Em linha] 36:2 (2002) 170-6. [Consult. 20 Dez. 2011]. Disponível na Internet http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000200010 ISSN 0080-6234.
- (3) NUNES, Lucília; RUIVO, Alice e FERRITO, Cândida – Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos. [Em linha] 7:5 Jan-Mar(2010) 1-15 [Consult. 28 março 2012]. Disponível na Internet http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf ISSN 1646-5067.
- (4) GAGO, Joaquim Filipe Sousa – Avaliação de necessidades em reabilitação psicossocial: aplicação do

Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell em três centros de reabilitação psicossocial e profissional. Lisboa, 1996. 133p. Dissertação de mestrado em saúde mental. Acessível na Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

- (5) ORDEM DOS ENFERMEIROS – CIPE® Versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Tradução Dra Hermínia Castro 1ª ed. Santa Maria da Feira: Rainho e Neves, LDA, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

(6) FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da conceção à realização. Tradução Nídia Salgueiro. 3ªed. Loures: Lusociência, 2003. 388p. ISBN 972-8383-10-X.

- (7) BETEGHELLI, Paula et al – Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Em linha] 7:3 (2005) 334-43. [Consult. 10 março 2012]. Disponível na Internet <http://www.revistas.ufg.br/index.php/en/article/view/899/1092> ISSN 1518-1944.

(8) CARVALHO, Silvia et al – Reflexo da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na consulta de enfermagem. Revista Rede de Cuidados em Saúde. [Em linha] 2:2 (2008) 1-8. [Consult. 10 março 2012]. Disponível na Internet <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/view/91/101> ISSN 1982-6451

- (9) PROCHASKA, James e DICLEMENTE, Carlo – The transtheoretical approach. In Handbook of psychotherapy integration. [Em linha] 2ªed. New York: Oxford University Press, 2005. [Consult. 5 abril 2012] Disponível na Internet http://www.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=wwpACyzL9gC&oi=fnd&pg=PA147&dq=transtheoretical+model+prochaska+diclemente+1985&ots=QGJPysgm_c5&sig=hFXK5Jz24KqF06A4VDZJxEUKZ8&redir_esc=y#v=onepage&q=transtheoretical%20model%20prochaska%20diclemente%201985&f=false ISBN 0-19-516579-9.

(10) PEPLAU, Hildegard E. – Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica. Barcelona: Edições Científicas e Técnicas, S.A., 1992. ISBN 84-458-0146-5.

(11) PATTERSON, Lewis e EISENBERG, Sheldon – O processo de aconselhamento. Tradução Magaly Alonso. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 230p. ISBN 853-3617-83-6

(12) MOORHEAD, Sue; JOHNSON, Marion e MAAS, Meridean – Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Tradução Marta Avena. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 880p. ISBN 978-85-363-1323-8.

